

Características de los pacientes y su influencia en la Co-creación de Valor en una
institución oncológica de salud de la ciudad de Cali.

Leidy Yanirhy Portilla Herrera

Universidad del Valle

Facultad de Ciencias de la Administración

Maestría en administración

Santiago de Cali

2019

Características de los pacientes y su influencia en la Co-creación de Valor en una
Institución oncológica de salud de la ciudad de Cali.

Leidy Vanirhy Portilla Herrera

Proyecto presentado para optar al título de Magister en Administración.

Director de trabajo de grado

Henry Mosquera Abadía

PhD

Universidad del Valle

Facultad de ciencias de la Administración

Maestría en Administración

Santiago de Cali

2019

Dedicatoria

Mis logros son para mi mamá, que me enseñó a ser noble y fuerte al mismo tiempo.

Para mi papá, mi sobrina Anita, mi abuelita Zoila y mi mejor amigo Miguel Antonio
quienes cuidan de mí desde el cielo.

A mi hermana Karent quien me reta a ser cada día mejor.

Agradecimientos

A todos estos “héroes de cabezas peladas” que luchan día a día por ser felices, por entregar su último esfuerzo por mantenerse vivos para vencer una batalla nueva contra el cáncer.

Gracias al lugar en donde realice mi investigación que significa tanto para mí, porque ahí deje un pedazo de mi corazón en la lucha contra el cáncer, me reconocí como persona, descubrí que soy hermosa y que aún me quedan muchas ganas de vivir.

Mi profesor Henry Mosquera quien me ayudó desde mi pregrado, gracias a él me interesé en la administración y me apasioné por el marketing, sucedió poco a poco de tanto escucharlo.

A mi alma mater la Universidad del Valle quien me formó como profesional y como persona, lugar en donde viví los mejores momentos de mi vida.

Tabla de Contenido

Introducción	1
1. Planteamiento del problema	4
2. Justificación	6
3. Objetivos.....	7
3.1. Objetivo general	7
3.2. Objetivos específicos.....	7
4. Marco de referencia.....	8
4.1. Marco conceptual.....	8
4.1.1. Mercadeo	8
4.1.2. Mercadeo de los servicios sociales.....	10
4.1.3. Mercadeo hospitalario	11
4.1.4. Servicio	13
4.1.5. Servicios de salud	14
4.1.6. Co-creación de Valor	17
5.2. Marco teórico	19
5.2.1. Principal Teoría Asociada a la Co-creación de Valor	19
5.2.2. Elementos caracterizadores de los servicios de salud	20
5.2.2.1. El carácter crítico	20
5.2.2.2. La naturaleza <i>credence</i>	22
5.2.2.3. Dimensión social	23
5.2.3. Relación del servicio sanitario y la Co-creación de Valor	24
5.2.3.1. Participación del paciente	25

5.2.3.2. La relación médico-paciente	26
5.2.4. Antecedentes de la Co-creación de Valor	28
5.2.4.1. Comunicación.....	29
5.2.4.2. Relaciones.....	30
5.2.4.3. Conocimiento	31
5.2.5. Dimensiones de la Co-creación de valor.....	32
5.3. Marco legal	36
5.3.1. Ley 1438 de 2011	36
5.3.2. Ley 1384 de 2010	36
5.3.3. Ley 1388 de 2010	36
5.3.4. Resolución 2003 de 2014.....	37
5.3.5. Resolución 247 de 2014	37
5.3.6. Resolución 1419 de 2013.....	38
5.3.7. Resolución 1442 de 2013.....	38
5.3.8. Decreto 1011 de 2006	38
5.3.8. Decreto 4107 de 2011	39
5.3.9. Circular 04 de 2014.....	39
6. Estado del arte	40
7. Metodología	45
7.1. Metodología de Investigación	45
7.2. Tipo de investigación	45
7.3. Población y muestra.....	45
7.3.1. Población de referencia	45

7.3.2. Tamaño de la muestra	46
7.3.2.1. Criterios de Inclusión	47
7.3.2.2. Criterios de Exclusión	47
7.3.3. Instrumento	47
7.3.4. Descripción del modelo.	48
7.3.5. Modelo de Co- creación de valor.	50
7.3.6. Consideraciones éticas	50
7.3.7. Proceso de recolección de la información	51
8. Desarrollo.	52
8.1. Estructura organizacional	52
8.1.1. Direccionamiento estratégico	52
8.1.1.1. Misión.....	52
8.1.1.2. Visión	53
8.1.2. Política institucional de calidad	53
8.1.3. Objetivos estratégicos	54
8.1.4. Valores institucionales	54
8.1.5. Servicios.....	55
8.1.6. Organigrama de la institución oncológica	57
8.2. Análisis descriptivo	58
8.2.1. Perfil de la muestra objeto de estudio	58
8.3. Dimensiones de la Co-creación de valor.....	63
8.3.1. Validez y fiabilidad de los constructos	63
8.3.2. Dimensiones de Co-creación de valor en la institución oncológica.	69

8.4. Medición de la Co-creación de valor.....	69
8.4.1. Calculando la variable Co-creación.....	69
8.4.2. Análisis empírico.....	70
8.4.3. Modelo de investigación y Formulación de interrogantes	70
8.4.4. Codificación de las variables independientes.....	72
8.4.5. Modelo de regresión múltiple.....	74
8.4.6. Supuesto de multicolinealidad	75
8.4.7. Resultados del análisis empírico	75
Conclusiones	78
Recomendaciones.....	84
Anexo N.º 1	86
Referencias.....	89

Tabla de Figuras

Figura 1. Caracterizadores del servicio sanitario.....	21
Figura 2. Relación de los caracterizadores del servicio de salud y la Co-creación de valor.....	25
Figura 3. resultado del modelo de Co-creación de valor.....	51
Figura 4. Estructura organizacional de la institución oncológica.....	58
Figura. 5. Distribución de la población por género.....	59
Figura 6. Composición de la población según estado civil.....	60
Figura 7. Composición de la población por rangos de edad.....	60
Figura 8. Composición de la población por grupo étnico.....	61
Figura 9. Composición de la población por lugar de procedencia.....	61
Figura 10. Distribución de la población por ocupación.....	62
Figura 11. Distribución de la población por escolaridad.....	62
Figura 12. Distribución de la población por seguridad social.....	63
Figura 13. Distribución de la población por estrato socioeconómico.....	63
Figura. 14. Distribución de la población por religión.....	64
Figura 15. Resultado del modelo de Co-creación de valor.....	69
Figura 16. Características sociodemográficas influyentes sobre la Co-creación de valor.....	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Descripción del modelo.....	49
Tabla 2. Validez y fiabilidad de los constructos de tercer orden.....	65
Tabla 3. Validez de los constructos de segundo orden.....	68
Tabla 4. Validez del constructo Co-creación de Valor.....	69
Tabla 5. Promedio de las dimensiones.....	70
Tabla 6. Variables independientes.....	74
Tabla 7. Supuesto de multicolinealidad.....	76
Tabla 8. Resultados del análisis empírico.....	78

Introducción

En los últimos años ha existido una preocupación a nivel mundial sobre la calidad de la atención en salud, entidades como la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2007) y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2007), la consideran un tema primordial en sus agendas de trabajo.

En América Latina, en la década de los ochenta fue Donabedian (1980) quien se interesó inicialmente por la atención en salud, pero de manera inusitada en los últimos años del siglo XX y principios del XXI han surgido otros autores preocupados por la calidad y cuidado de los pacientes. Es el caso de Menéndez (1990), Matamala (1995), y Granda (2003) quienes consideran que una atención de calidad en el marco de la salud integral resuelve el motivo de consulta. Se debe tener en cuenta en la atención a los pacientes su historia, el trabajo, la vida cotidiana, a la vez que las necesidades y la subjetividad de los usuarios; al ser tenidos en cuenta estos factores se potencia su autoestima, autonomía, y dignidad de los usuarios en el ejercicio de sus derechos.

Incorporar este enfoque en la atención a la salud permite otorgar un servicio de mayor calidad, ya que contextualiza a los usuarios más allá de los límites biológicos, que de manera frecuente se circunscriben a la mirada fisiopatológica de la atención (Múnera, 2011).

En el año 1976, la OMS definió la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Así mismo, señaló que la salud es un derecho fundamental y que conseguir el grado más alto posible de salud es un objetivo socialmente importantísimo en todo el mundo. Es así, como la salud constituye un valor que se presenta como un atributo de la vida y que se asocia a la calidad

misma de esta, por consiguiente, como bien social y derecho para todos los seres humanos, es una obligación individual y colectiva obtenerla en los máximos grados, en este proceso el mercadeo tiene una herramienta indispensable (Martínez, 2003).

El mercadeo se considera como el conjunto de actividades destinadas a satisfacer necesidades y deseos de los mercados objetivos a cambio de una utilidad o beneficio para las instituciones que lo ejercitan. Este se implementa en las instituciones de salud desde los inicios de los años 70 en los principales hospitales de Estados Unidos; “dicha práctica se ha generalizado en la oferta de los servicios de hospitales públicos y privados de América Latina en la primera década de los años 2000” (Pérez, 2004, p. 390-393).

Todas las empresas que centran su atención en la prestación de servicios, que en este caso sería en el sector salud, buscan permanentemente un crecimiento, desarrollo organizacional y mayor credibilidad, por tal motivo dentro de las estrategias de mercado hay un prisma disciplinar bajo algunos de las más novedosos enfoques académicos, como serían las premisas del llamado Lógica del Servicio Dominante (LDS) apuntadas en el Journal of Marketing y en el Journal of the Academy of Marketing Science por los profesores Steve Vargo y Robert Lusch (2004, 2008).

Esta aproximación de la lógica del servicio dominante supone una visión estratégica novedosa, fuente de ventaja competitiva para las organizaciones, basada en la creación de un mayor valor con — en lugar de, para — los consumidores (Karpen, Bove y Lukas, 2012). Este proceso de Co-Creación de Valor entre oferta y demanda pivota en torno al servicio como centro de intercambio, integrando a todos los agentes y generando un valor único para cada cliente, combinando capacidades, recursos y conocimientos (Donabedian, 1984).

Implica un nuevo enfoque para proveedores, consumidores e intermediarios, al resaltar el rol del consumidor como co-creador de valor (Ballantyne y Varey, 2008; Sheth & Sharma, 2008). Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, Yi y Gong (2013) han desarrollado un instrumento de medida multidimensional para evaluar el comportamiento de Co-creación de Valor de los usuarios. La escala propuesta por estos autores es la primera que trata de conocer todos los aspectos asociados al comportamiento desde su perspectiva.

Con base en lo expuesto, con la certeza de que existe la necesidad de observar la relación entre la participación del consumidor en la Co-creación de Valor en el área de la salud, se realizó el siguiente trabajo de investigación utilizando el instrumento de medición sobre el comportamiento de Co-creación de Valor de los clientes por los autores Yi y Gong (2013), con el fin de identificar las dimensiones de Co-creación de Valor en una institución oncológica de salud.

1. Planteamiento del problema

La calidad en salud según lo planteado por la OMS es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y de los servicios médicos logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso (Martínez, Avalo y Quintero, 2001).

Conforme a esto los servicios de salud siempre están en constante trabajo para lograr el más alto nivel de calidad en la atención. Bien lo define el autor Donabedian (1982), el cual menciona que la calidad es:

La obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y la tecnología más avanzada, tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones del recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes (p. 7).

La conceptualización predominante durante mediados del siglo XX es la de Koos (1954) y Donabedian (1966), para quienes la satisfacción del paciente es, ante todo, una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente. De esta forma se puede crear una red donde “toda actividad humana conduzca a un producto, que puede ser un bien o un servicio. Enfocándonos que un bien es el resultado tangible de una actividad transformadora de distinto grado” (Grande, 2002, p. 11). En este sentido podemos observar que las entidades de salud pueden apuntar hacia la Co-creación de Valor

en cada una de sus actividades, siendo tangible el resultado y mejorando la calidad de vida de las personas que hacen parte de esta interacción.

Las personas que de alguna forma han tenido que vivir de cerca o han pasado por una situación en la cual se ve afectada su salud física, emocional o mental siempre estarán en la búsqueda de una mejor atención, es por esto que en la diada paciente y personal de salud se realiza la Co-creación de Valor, entendiéndose como una actividad de colaboración conjunta. Vargo y Lusch (2004, 2008) lo definen como un proceso de integración de recursos que se produce durante la práctica entre los actores vinculados dentro de una institución de servicios. Esto provoca satisfacción de ambas partes ya que se generan cambios dentro de la institución favoreciendo a los usuarios en la prestación de servicios del área de la salud.

El análisis documental permitió observar también que las personas y empresas realizan siempre Co-creación de Valor, debido a la relación que mantienen con las organizaciones con la cual se sienten identificados por sus valores y de las que obtienen beneficios logrando una mayor satisfacción. Conforme a lo anterior los seres humanos viven en constante aprendizaje, pero al mismo tiempo tienden a replicar todo lo que en algún momento ha ayudado a que mejore su estado de salud.

Sin embargo, tras una exploración amplia de investigaciones, señalamos que hasta el momento en Colombia la aplicación de la escala de medición de comportamiento de Co-Creación de Valor dentro de las instituciones de servicios de salud no se ha desarrollado, lo que llevó a realizar el planteamiento de la siguiente investigación: ¿Cuáles son las características de los pacientes y su influencia en la Co-creación de Valor en una institución oncológica de salud de la ciudad de Santiago de Cali?

2. Justificación

La Co-creación de valor proviene del mercadeo en salud y surge como respuesta a las necesidades que tenían las instituciones de obtener programas innovadores con alto grado de calidad además de involucrar a sus usuarios, para que formen parte activa en su desarrollo de salud y enfermedad. Dentro de este contexto Gronroos lo conceptualizo como "una de las actividades de colaboración conjuntas de las partes implicadas en las interacciones directas, con el objetivo de contribuir al valor que surge de una o ambas partes" (2012, p. 6).

Por tal motivo los beneficios que trae a nivel empresarial la Co-creación de valor son varias que los servicios que se ofrezcan sean mejores, que los tiempos se ajusten a las necesidades no solo del personal asistencial - administrativo y medico sino del quien compra los servicios, las actividades colaborativas entre la organización y los usuarios inicia desde el ingreso del paciente con los productos intangibles hasta finalizar su estancia durante la prestación del servicio o su hospitalización obteniendo un resultado esperado siendo conforme a lo que quería su familia y el paciente.

Desde el punto de vista académico este estudio es de gran interés dado que la Co-creación de Valor se puede medir cuantitativamente mediante la escala comportamental propuesta por los autores Yi y Gong (2013), estas son herramientas validadas en varios países y en el nuestro en especial para darnos una mirada más amplia sobre el tema. Porque el hacer partícipes a nuestros pacientes dentro de las acciones en la organización nos da una ventaja competitiva debido a que ellos mismos nos pueden mostrar cuales son las falencias o fortalezas que tenemos dentro de las instituciones.

3. Objetivos

3.1.Objetivo general

Establecer las características de los pacientes y su influencia sobre la Co-creación de valor en una institución oncológica de salud de la ciudad de Cali.

3.2. Objetivos específicos

- Establecer la estructura y características de la institución oncológica de salud.
- Identificar las dimensiones de percepción del usuario de salud sobre la Co-creación de valor.
- Medir el nivel de Co-creación de los usuarios oncológicos de una institución de salud.

4. Marco de referencia

4.1.Marco conceptual

4.1.1.Mercadeo

El concepto de mercadeo ha variado desde 1929, pero el que más se ha utilizado ha sido el que proporcionó la American Marketing Association (1960) el cual menciona que es una ejecución de actividades empresariales que dirigen el flujo de bienes y servicios desde el productor hacia el consumidor o usuario. En la misma década, Pierre Hazebroucq hizo eco de la definición acordada con general consenso por la Comisión Nacional Francesa de Técnicas Comerciales, diciendo que “el mercadeo es un estado de espíritu, una concepción unitaria de objetivos y programas, que impregnan toda la empresa en la óptica del mercado, con vistas a su expansión y sirviéndose de la manera más inteligente de sus recursos” (Corella, 1998).

Cowell y Grönroos (1994) advierten con notable capacidad de síntesis que el mercadeo está en este orden de importancia:

1. Una “actitud mental” o “filosofía” que guía el pensamiento global de la organización, tanto en la toma de decisiones como en la realización de los planes que se hayan decidido antes.
2. Una “forma de organizar” diversas funciones y actividades en cualquier organización.
3. Un “conjunto de herramientas, técnicas y actividades”, que es a lo que están expuestos los clientes y otros públicos de la organización.

El concepto de mercadeo proviene desde los años 1929 en el cual estalló la Gran Depresión en Estados Unidos, que afectó a una cuarta parte de la población trabajadora en aquel país alcanzando, como dice Samuel *proporciones epidémicas* con un brutal descenso de la producción y de la casi totalidad de los indicadores de actividad. Tras el desconcierto inicial que tal suceso produjo, las empresas –especialmente las pertenecientes al campo de los productos de consumo– se vieron obligadas a tener que replantear la gestión de sus negocios.

Para la planificación general de las empresas comenzaron a tomarse en cuenta de forma creciente las consideraciones de los entendidos en mercadeo, quienes en torno a 1915 ya habían establecido las primeras asociaciones de profesionales en esta materia. La valoración de su trabajo empezó a ser notorio y su asesoramiento ampliamente reconocido, como lo demuestran hechos como: la aparición de los llamados “*barómetros de marcas*” que ya eran populares en 1921, la creación de los paneles del comercio minorista de la alimentación de Nielsen en 1930, la puesta en marcha de la Oficina de Estudios sobre el Consumidor de la General Motors Company en 1933, en el mismo año Gallup sorprendió a todos con sus conocidas Encuestas de Opinión Pública, en 1934 apareció el *American Marketing Journal*, en 1937 se creó la *American Marketing Association*, en 1938 se utilizaron por primera vez los Paneles de Consumidores, entre otros.

Ciertamente, la tendencia a tomar cada vez más en consideración los postulados del mercadeo era clara e imparable, pero en este desarrollo se produjo un colapso temporal a causa de la Segunda Guerra Mundial (Corella, 1998). En resumen, el mercadeo es un conglomerado de ideas inserto en la organización, que cuenta con un conjunto de medios para llevar a cabo su propósito, y que debe ser impulsado y supervisado por la dirección.

Por tanto, concretamos aquí el concepto de mercadeo diciendo que “es la acción de conjunto de la empresa, dirigida hacia los clientes con un objetivo de rentabilidad” (Whitney, 1964).

4.1.2. Mercadeo de los servicios sociales

El mercadeo de los servicios sociales públicos se puede definir como el proceso de prestación de productos y servicios de naturaleza asistencial, para proporcionar a los beneficiarios unas condiciones generales de vida dignas y adecuadas a los niveles de bienestar de una sociedad en un momento determinado, proporcionados por organizaciones públicas, siendo los costes del proceso soportados por el conjunto de la sociedad.

En el proceso de intercambio se identifican tres agentes: la sociedad que costea el servicio, el agente que lo proporciona y los beneficiarios o usuarios. Los servicios sociales proporcionados por entidades no públicas prestan su ayuda con costes soportados por ellas mismas. Las organizaciones crean bienes y servicios para satisfacer las necesidades de las personas, que se intercambian en el mercado. Desde la perspectiva actual, las organizaciones deben actuar orientadas a los beneficiarios, crean una oferta que sirva para atender las necesidades existentes, que ellas detecten. El mercadeo es simultáneamente un sistema de pensamiento y un sistema de acción.

A través del mercadeo las organizaciones se relacionan con la sociedad, pues organiza el flujo de intercambios con ella y una comunicación o flujo de informaciones que garantiza la eficiencia de los encuentros entre la oferta y la demanda. Las organizaciones que prestan servicios sociales pueden enfocar su actividad desde dos perspectivas diferentes: al producto y al usuario o beneficiario. El primer enfoque considera que las organizaciones no se fijan en las necesidades que puedan existir, sino que son ellas las que deciden qué es lo

que necesitan las personas. Este planteamiento podría ser válido en sociedades en las que existan tantos problemas sociales que cualquier acción que se lleve a cabo mejora la calidad de vida de las personas.

Sin embargo, en las sociedades más desarrolladas los problemas sociales no son ni tan básicos ni tan evidentes. El crecimiento y el desarrollo generan problemas potenciales o situaciones que podrían desembocar en problemas, que las organizaciones deben identificar, y como consecuencia de este análisis, intervenir. Por tal motivo las empresas orientadas al consumidor, usuario o beneficiario deben analizar las necesidades y las demandas actuales o potenciales, para desarrollar servicios sociales que mejoren la calidad de vida del conjunto de la sociedad (Grande, 2002, p. 11).

4.1.3. Mercadeo hospitalario

El mercadeo hospitalario apunta hacia todas las empresas de servicio –y un hospital lo es– la cual vende productos intangibles diferenciándose del resto de las empresas que venden *productos físicos y tangibles*, por lo que los productos que ofrece un hospital o clínica no pueden ser probados antes de su compra –salvo en raras excepciones– y se ha de esperar a haber recibido el servicio para juzgarlo. Es decir, la intangibilidad de los servicios puede convertirse en el principal problema.

Los servicios no se pueden almacenar y, por tanto, las empresas tendrán problemas de diversa índole ante fluctuaciones inesperadas en la demanda. Esta situación se puede agravar aún más en las organizaciones sanitarias –hospitales incluidos– ya que existe una relación cercana entre el consumo y los requerimientos que estas tengan.

No podemos olvidar que el mercadeo, tal como lo entendemos actualmente, ha tenido una evolución llena de cambios a lo largo de este siglo, tiene entonces como tarea analizar, planificar, poner en práctica y controlar los resultados y con ello los objetivos de los intercambios en sus respectivos mercados. Es decir, el mercadeo es completamente indispensable para cualquier empresa –también para los hospitales – ya que proporciona un conjunto de herramientas necesarias para la subsistencia de la misma. Este enfoque se ha venido repitiendo y afianzando en los últimos cuarenta o cincuenta años, es decir, se utiliza para investigar los gustos y necesidades del cliente para orientar la organización hacia las necesidades y deseos del mercado al que busca *servir*.

Si hacemos una referencia más concreta al mercadeo de servicios, de los productos intangibles, tenemos que afirmar que este debe suministrar elementos tangibles que muestran la naturaleza y la calidad del servicio que, en sí mismo, se manifiesta como una incertidumbre. Las primeras impresiones suelen ser un punto de partida para obtener un grado de satisfacción aceptable por parte del cliente o paciente: la limpieza de las salas, la atención del personal, el uniforme, la decoración alegre, salas de espera cómodas, la simpatía del servicio de admisión, son sólo algunos de los aspectos que a primera vista diferencian una organización con futuro de las demás.

El mercadeo hospitalario tiene para muchos profesionales de la salud connotaciones perturbadoras porque consideran que la actividad sanitaria debe mantenerse al margen de las estrictas relaciones del mercado y porque piensan que es más bien una actividad propia de las empresas comerciales e industriales con ánimo de lucro. Por el contrario, son ya muchos los directivos de hospitales que han visto en él un instrumento adecuado para hacer frente a sus dificultades, la mayoría de ellas relacionadas con la necesidad de mantener viables sus

organizaciones, ante los recientes problemas de saturación, masificación, escasez de recursos, competencia y cambios continuos en el entorno.

Si el fin de toda organización es en la actualidad satisfacer las necesidades de los clientes, el fin de las organizaciones sanitarias y, por tanto de los hospitales, será la satisfacción de las necesidades de sus pacientes. Entonces, todo lo que permita alcanzar o mejorar este objetivo, debe ser considerado y llevado a cabo sin tener en cuenta otros condicionamientos o recelos anteriores. El mercadeo debe orientarse, precisamente, hacia distintos grupos de personas de quienes depende la organización (Sanguino Galván & Arroyo Mena, 1999).

4.1.4. Servicio

Corella (1998) menciona que la palabra *servicio* viene del latín *servitium* que, a su vez, dimana de *servus* (siervo, esclavo) y esta del verbo *servo, as, are* (conservar, preservar, guardar, observar con atención...). El diccionario de la RAE le da las acepciones “acción y efecto de servir”, “estado de criado o sirviente”. El autor sigue desarrollando esta definición y propone que la semántica de servicio construye –entre otras cosas– una idea de “utilidad o provecho resultante para uno por lo que otro ejecuta en atención suya” (Corrella, 1998); propiciando el uso cortés del término para designar el ofrecimiento (o puesta a disposición de alguien) de alguna cosa, actividad o beneficio.

Sobre tales bases, y de forma más concreta, se arma el mundo de los negocios un concepto de servicio en el que se distinguen dos componentes uno que corresponde específicamente a la actividad objeto de este, y otro que responde a la forma y manera como se realiza dicha actividad. Ambos lejos de proyectarse disociadamente, interactúan de

manera recíproca (al margen de que la mayoría de las veces se produzca también una interacción –de uno u otro signo– entre proveedor y cliente) y conforman así el valor global reconocido a la actividad, beneficio o satisfacción ofertados.

Tales definiciones distan mucho de ser satisfactorias porque en los servicios normalmente están presentes las interacciones que se producen en los dos extremos de su proceso y estas, y aunque ambas partes no sean conscientes de ello, resultan de enorme alcance y significado. La importancia reside en que un servicio no es una cosa sino una actividad, de naturaleza en gran parte intangible, cuya única razón de existir es la satisfacción de expectativas o la solución de problemas específicos del cliente.

Sin género de duda, entre las características de los servicios cabe destacar dos que son básicas: poder intercambiarse y poder experimentarse de manera tangible. Por eso se aproxima mejor a una adecuada definición de servicio la siguiente:

Actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que, por regla general, aunque no necesariamente, se generan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos o bienes físicos y/o los sistemas del proveedor de servicios, que se proporcionan como soluciones a los problemas del cliente (Grönroos, 1994).

4.1.5. Servicios de salud

Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los preventivos,

destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (Kerr y Trantow, 1969).

En Colombia, el Decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Artículo 2).

Igualmente, cataloga a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura como agentes que influyen sobre la salud de los pacientes. La demanda de los servicios de salud tiene varias particularidades que deben ser observadas para comprender su esencia, las cuales fueron analizadas a profundidad por Montejano, Villordo y López (2012):

1. El servicio de salud responde a una necesidad de los individuos, más que a los propios deseos de tener más o mejor salud, por esto cada persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga, y no tantos como esté dispuesto a pagar.
2. La incertidumbre afecta al mercado: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos, y estos no pueden predecir con toda certeza los resultados de un tratamiento.
3. En los mercados de servicios de salud existe una gran asimetría de información, que genera dos consecuencias: (a) el consumidor es totalmente

dependiente de los médicos y (b) no permite que la calidad del producto sea observable completamente para el consumidor.

4. El sistema posee elementos distorsionantes (como financiamiento y subsidios del gobierno) que limitan al usuario y en el médico las consideraciones con respecto al costo de sus actividades. En Colombia estos elementos distorsionantes se manifiestan de forma clara en el sistema de aseguramiento, que busca evitar los riesgos de inequidad derivados de esquemas segmentados, fragmentados y débilmente regulados a partir de la definición de un conjunto de prestaciones garantizadas. Infortunadamente, las reformas continuas al sistema en general han hecho de este un sistema inequitativo e ineficiente, cuyos beneficios reales a los afiliados son discutibles hoy en día.
5. Contrario a lo que ocurre en el intercambio comercial, raramente el individuo recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio. Adicionalmente, en la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse, debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y su eficacia.
6. La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar. Este hecho contribuye la dificultad de medir su calidad; situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, percibilidad e inseparabilidad de los servicios de salud. (p. 111).

4.1.6. Co-creación de Valor

Desde su introducción, el concepto de Co-creación de Valor ha sufrido una serie de re conceptualizaciones y refinamientos, simultáneo con el desarrollo del pensamiento académico sobre los conceptos críticos de mercadeo tales como: el valor, el servicio, los mercados y las funciones de los clientes y proveedores de servicios, lo que ha dado lugar a una literatura dispar (Tronvoll, Brown, y Gremler, 2011), destacando la intensificación de la cooperación entre las empresas y los clientes en un medio para aumentar la productividad de las empresas, la eficiencia y la intensificación de la participación del cliente en los procesos de la empresa (Normann y Ramírez, 1993; Wikström, 1996).en las interacciones

Gronroos conceptualiza la Co-creación de valor como "una de las actividades de colaboración conjuntas de las partes implicadas en las interacciones directas, con el objetivo de contribuir al valor que surge de una o ambas partes" (2012, p. 6). Esta conceptualización se basa en los trabajos anteriores de Wikström (1996), Ramírez (1999), Ballantyne y Varey (2006). Cabe resaltar la importancia de establecer los límites de la Co-creación de Valor, haciendo hincapié en que el valor no siempre es co-creado (Vargo y Lusch, 2008), sino que sólo se crea en interacciones directas (Gronroos y Ravald, 2011; Gronroos y Voima, 2013), mientras que el valor es el resultado final y la meta de la interacción.

Esta definición hace hincapié en dos aspectos claves. En primer lugar, que el propósito de la co-creación es la creación de valor a través del intercambio de servicios. El valor se entiende como valor de uso, y es una experiencia fenomenológica, que se define como "interactiva, relativista y la preferencia de la experiencia" (Holbrook, 2006, p. 715). En segundo lugar, la Co-creación es una actividad de colaboración conjunta. Entonces las actividades conjuntas han sido objeto de la investigación actual en el campo de las ciencias

del comportamiento y una actividad conjunta se define como “una interacción social mediante el cual dos individuos coordinan sus acciones en el espacio y el tiempo para lograr un cambio en el ambiente” (Knoblich, Butterfill y Sebanz, 2011, p. 60).

En los servicios de salud las actividades conjuntas donde requieren que los clientes y los empleados de la organización realicen interacciones pueden ser consideradas como complejas ya que incluyen varias acciones conjuntas discretas. Dentro de una sola actividad de co-creación, podemos distinguir entre las acciones dirigidas a un solo propósito, tales como potenciar el cliente para tomar una decisión, lo que garantiza la honestidad, o el establecimiento de una relación personal, que combina crear la Co-creación de la actividad general.

Entonces estas acciones conjuntas crean valor de diferentes maneras, es decir, los clientes pueden potenciar o aumentar su sentido de autoestima, mientras que el desarrollo de una relación puede alimentar un sentimiento de pertenencia a un grupo. A pesar de que las acciones conjuntas discretas tienen objetivos y resultados distintos, juntos componen la actividad de la Co-creación de Valor y contribuyen de manera independiente con el objetivo general que es crear valor para al menos uno de los actores participantes (Neghina, Caniëls, Bloemer, y Birgelen, 2015).

5.2. Marco teórico

5.2.1. Principal Teoría Asociada a la Co-creación de Valor

Se describe a continuación la principal teoría que ha surgido sobre la creación de valor y de esta forma ha sido analizado desde la disciplina del mercadeo de servicios, bajo algunos de las más novedosos enfoques académicos, como serían las premisas del llamado Lógica de Servicio Dominante (LDS) (Vargo y Lusch, 2004) apuntadas en el Journal of Marketing y en el Journal of the Academy of Marketing Science por los profesores Steve Vargo y Robert Lusch (2004, 2008), discutidas y ampliadas con posterioridad por otros autores que también han desarrollado esta óptica de análisis para la mejor comprensión de la provisión de productos y servicios al mercado (Karpen, Bove & Lukas, 2012).

De manera más precisa, nos referimos a las temáticas de la integración y Co-creación de Valor con el destinatario del servicio, la interactividad y la llamada customización o necesidad de realizar servicios a medida del cliente. Todas ellas son *lentes* a través de las cuales se puede entender mejor la prestación del servicio de salud, en ámbitos como la creciente información del paciente y la complejidad del proceso de producción del servicio.

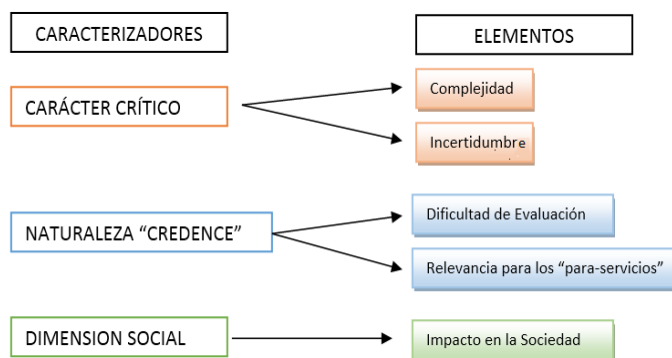
Esta aproximación de la LDS supone una visión estratégica novedosa, fuente de ventaja competitiva para las organizaciones, basada en la creación de un mayor valor para los consumidores (Karpen, Bove y Lukas, 2012). Este proceso de Co-creación de Valor entre oferta y demanda pivota en torno al servicio como centro de intercambio, integrando a todos los agentes y generando un valor único para cada cliente, combinando capacidades, recursos y conocimientos (Vargo y Lusch, 2008). Implica un nuevo enfoque para proveedores, consumidores e intermediarios, al resaltar el rol del consumidor como Co-creador de Valor

(Ballantyne y Varey, 2008; Sheth y Sharma, 2008). Conforme a esta teoría se mencionan a continuación los elementos caracterizadores del servicio sanitario.

5.2.2. Elementos caracterizadores de los servicios de salud

El servicio sanitario considera varios elementos que lo caracterizan de esta forma, se puede entonces realizar un análisis encontrando ciertos puntos de anclaje para la posterior discusión de la Co-creación de Valor como eje de la LDS. Estos elementos se muestran en la figura 1. Los cuales son: su carácter crítico, su naturaleza *credence* o de confianza y su dimensión social.

Figura 1. Caracterizadores del servicio sanitario



(Fuente: Calero et al., 2015 p. 182)

5.2.2.1. El carácter crítico

El carácter crítico del servicio sanitario es el primer caracterizador con respecto a otros servicios, hace parte de un atributo crucial para el usuario, debido a que su prestación está rodeada de complejidad e incertidumbre. La confluencia de estas realidades nos lleva a

poder considerarlo como complicado, lo que dificulta su gestión. De este se deriva dos elementos los cuales son la complejidad e incertidumbre que se definirán a continuación.

5.2.2.1.1. La complejidad en la prestación del servicio

Este elemento es importante porque las organizaciones de salud se mueven en un escenario único en el que deben ofrecer productos y servicios a diferentes públicos — pacientes, familiares, personal sanitario— (MacStravic, 1986; Hafer, 1987). A este peculiar panorama se añade que el servicio sanitario es intensivo en personal (Uhl y Upah, 1987) y como proceso está formado por procedimientos complejos que requieren un conocimiento especializado y una elevada dotación tecnológica.

Conforme a esto se requiere de procedimientos que pretendan resolver gran variedad de problemas concretos (alterar el curso normal de las enfermedades, prevenir, curar o rehabilitar), o que no estén exentos a la dificultad en su prestación (Lamata, Martínez Horno, 1994). Puede conllevar a que el usuario sea un evaluador del servicio de salud y conforme a la complejidad de su enfermedad determine el grado de excelencia en la atención.

5.2.2.1.2. La incertidumbre que envuelve al servicio sanitario

La heterogeneidad que caracteriza a los servicios se ve aumentada cuando el producto del servicio sanitario es el paciente (Lovelock, 1983; Ortún, 2008) indudablemente, la adaptación del servicio a las características de cada persona dificulta su estandarización. Es por ello que los servicios caracterizados por una gran variabilidad en la demanda, como es el caso del servicio sanitario, la diversidad alcanza cotas máximas. Esta elevada pluralidad de la demanda a la que se enfrenta, junto con la alta disponibilidad del paciente a participar

en su coproducción, incrementan el nivel de incertidumbre al que se ve expuesto el servicio sanitario (Bateson, 1995; Oliver, 1997).

La incertidumbre se da tanto en el proceso como en el resultado, siendo uno de los factores que más influyen en el comportamiento de los consumidores o de los profesionales debido a que los productos que se ofrecen son a veces intangibles al igual que los resultados que se puedan obtener, pueden ser los no esperados por ambos. Que conlleva a un nivel de estrés, ansiedad, miedo y dolor; y estos se conviertan en factores de difícil evaluación de la calidad sanitaria.

5.2.2.2. La naturaleza *credence*

5.2.2.2.1. La dificultad de evaluación

Darby y Karni (1973) muestran que la cualidad de la confianza es difícil de evaluar por el consumidor incluso después de la compra y el consumo del servicio, debido a veces a la falta de conocimientos específicos como la principal causa de esta dificultad de evaluación. Los siguientes autores Zeithaml, Bitner y Gremler., (2013) realizan una clasificación de productos y servicios en función de la facilidad o dificultad del consumidor a la hora de evaluarlos, ocupando el servicio de salud un lugar alto, conforme a esto estas organizaciones tienen un mayor grado de características de credibilidad y confianza puesto que, incluso después de su consumo, el usuario es incapaz de evaluar el servicio o muy pocos pacientes disponen de los suficientes conocimientos médicos como para valorar si el servicio que han recibido ha sido el adecuado y si se le ha prestado correctamente (Zeithaml, Bitner, et al., 2013; Vertinsky, Thompson et al., 1975).

Con este caso un paciente puede saber si los síntomas han desaparecido, pero no es capaz de juzgar él mismo si ha sido curado de su enfermedad o si el tratamiento prescrito constituía la alternativa más eficaz.

5.2.2.2. Relevancia de los “para-servicios”

La dificultad de evaluación del servicio sanitario provoca que, más allá de la calidad clínica, los usuarios otorgan una especial valoración a otros atributos que rodean la prestación principal estos son llamados los “para-servicios” los cuales son: el trato personal, la empatía, la seguridad, la consistencia, la actitud del profesional, el entorno, la disponibilidad, la competencia, la profesionalidad y la rapidez (Palmer, 2005; Mira, Rodríguez, et al., 2002; Molina, 2008). Así, la demanda de los usuarios no se basa únicamente en la obtención de un servicio sanitario eficaz, sino también en un trato personal y humano (Mira, Rodríguez, et al., 2002; Molina, 2008). Estos añaden una elevada valoración y se perciben de forma tangible al igual que la hotelería y los equipos de alta tecnología. De esta forma los consumidores van otorgando valor al servicio sanitario.

5.2.2.3. Dimensión social

El servicio sanitario tiene un componente sensiblemente social provocado por su relación inseparable con las necesidades de las personas (Lovelock, 1996; Bateson, 1995; Cobra, 2000), de tal manera que el objetivo del servicio sanitario debe ser la provisión de la mejor salud posible al máximo de la población (Kaplan y Babad, 2011). Es decir, una mayor cantidad de servicios ofrecidos no equivale necesariamente a un mejor servicio de salud, debido a que el objetivo que espera el cliente no puede estar relacionado directamente con el

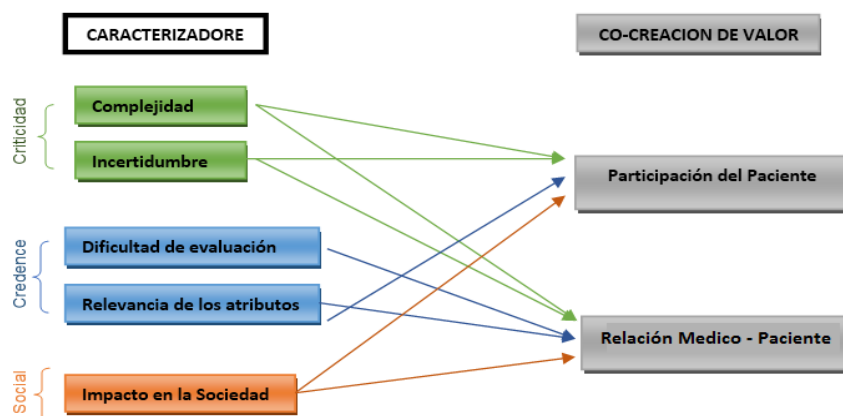
número de suministros sino con respecto a los productos intangibles que la organización pueda darle y este repercutir sobre su grado de satisfacción.

En esta dimensión social, podemos distinguir entre pacientes y ciudadanos, siendo estos últimos usuarios potenciales de los servicios de salud. A diferencia de lo que ocurre con otras organizaciones, la relevancia y opinión de los ciudadanos no reside en su uso del servicio, sino en la preocupación que manifiestan por el sistema y el servicio deseado para la sociedad en su conjunto. Por todo ello, podemos considerar que el servicio de salud trasciende el acto de provisión de un servicio en particular para convertirse en un concepto social.

5.2.3. Relación del servicio sanitario y la Co-creación de Valor

Existe una relación estrecha entre los caracterizadores del servicio de salud y la óptica de la Lógica del Servicio Dominante que tiene los siguientes elementos facilitadores de la Co-creación de Valor los cuales son: la participación del paciente y la relación médico paciente que se muestran en la figura 2. y a continuación se describen uno a uno.

Figura 2. Relación de los caracterizadores del servicio de salud y la Co-creación de valor



(Fuente: Calero et al 2015, p. 185)

5.2.3.1. Participación del paciente

Mediante la participación, los usuarios se convierten en Co-creadores y Co-productores del servicio, más allá del simple rol de consumidores (Bateson, 1995; Vertinsky y Thompson, 1975; Barnes, 1999). Adicionalmente, la participación del paciente en la toma de decisiones aumenta su percepción de calidad del servicio, especialmente en aquellos servicios con un elevado riesgo percibido (Porter y Teisberg, 2006; Heskett, Sasser y Schlesinger, 1997) e incertidumbre (Peiró, 2003) como es el de la salud. En este sentido, la participación del paciente puede entenderse también desde un prisma de corresponsabilidad (Murray, Pollock y White, 2007). Los distintos cambios sociales, culturales, políticos y éticos están llevando a los profesionales de la salud a evolucionar hacia un modelo centrado en el paciente, en el que tienen lugar una decisión compartida.

Esta participación máxima del cliente es determinante en la visión de la LDS. Aplicado al servicio de salud, Karpen, Bove y Lukas (2012) citan un ejemplo: el caso de una consulta médica. En ella, el doctor toma nota de las condiciones médicas del paciente y su entorno, ofrece apoyo emocional y psicológico, transmite al paciente los riesgos del tratamiento e informa y comparte detalles al respecto. Al mismo tiempo, el médico requiere un *feedback* del paciente, como una Co-participación en la creación de valor.

De manera adicional, podrían citarse otras actividades Co-creadoras de valor, tanto preventivas como curativas, con una elevada participación del paciente tales como la adopción de estilos de vida saludables, la realización de pruebas de detección precoz de enfermedades o el fiel seguimiento de los pasos indicados para reducir la complejidad y severidad de los tratamientos (Porter y Teisberg, 2006).

En consecuencia, la Co-creación de Valor puede darse en todos los niveles (Gaminde, 2008), siendo posible identificar, entre otras, una serie de actividades en las que tiene lugar la Co-creación (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, y Kasteren, 2012) como lo son: la cooperación; el contraste de información; combinación de terapias complementarias; Co-aprendizaje; cambio en las formas de hacer las cosas; conexión con familiares, amigos, doctores y otros profesionales; Co-producción en el diseño de tratamientos; y actividades cerebrales como el pensamiento positivo. Todas estas actividades se caracterizan por una fuerte implicación y participación del paciente que conlleva una Co-creación de Valor en la prestación del servicio de salud.

5.2.3.2. La relación médico-paciente

Se define la relación médico-paciente como el intercambio en el que “el paciente comunica los datos pertinentes y recibe información acerca de la naturaleza de su enfermedad y el tratamiento” (Errasti, 1997). Lo especial de esta relación es el resultado de la propia idiosincrasia del servicio sanitario: un servicio personal, en el que tiene lugar una relación de agencia entre los actores y en el que el médico como prestador del servicio desempeña un rol esencial. Por eso la relación de agencia es una de las primeras cualidades que da forma a la relación médico-paciente pero esta relación no es de igual a igual, lo que la literatura denomina una relación de agencia (Ortún, 2008, p. 66; Gummerson, 2008, p. 81). El paciente acude en busca del conocimiento y pericia del profesional, está dotada de un componente psicológico, con una gran confianza del paciente en el criterio del médico.

La posibilidad de acceso a gran cantidad de información médica está cambiando la relación médico-paciente, con un paciente más informado sobre su enfermedad. Por un lado,

la información ofrecida por los distintos medios de comunicación influye tanto en la conducta del paciente como en la toma de decisiones de este (Rosenstock, 2005). Por otro, el paciente muestra una actitud proactiva, recurriendo a fuentes de información como Internet Surge, en este último caso, el auge del llamado *e-healthcare* (Tanenbaum, 2008, p. 86; Ziady, 2011, p. 87) del que se observa un notable interés en la literatura por el estudio de sus efectos sobre el ya complejo encuentro de servicio sanitario. Así, Zeithaml, et al. (2013, p. 405) califican como *health seekers* a aquellos pacientes que se preocupan por buscar información en la red sobre enfermedades específicas, nutrición, fármacos, etc. Precisamente, esta búsqueda en línea les facilita información rápida de forma anónima.

En este sentido, una de las principales conclusiones de esta evolución del paciente reside en que el profesional de la salud pierde cierta legitimidad ante un paciente con un acceso sin precedentes a información técnica especializada, permitiéndole cuestionar el servicio recibido (Costa, 2009). Se establece una nueva relación de poder. En la actualidad no estamos ante un usuario pasivo, sino ante un paciente más informado, preocupado por su salud y dotado de un mayor nivel de autonomía (Oliver 1997; Civera, 2009).

Esta nueva realidad se encuentra en consonancia con los principios teóricos de la Co-creación de valor (Vargo y Lusch, 2004), que facilita una mayor orientación al cliente en el diseño y producción del servicio, pero también necesita ser asimilada y aprehendida por el prestador del servicio, llevando al desempeño de un nuevo rol del profesional sanitario, en el que debe estar más preparado para responder a un paciente más informado (Pérez, 2008).

5.2.4. Antecedentes de la Co-creación de Valor

Los autores Ballantyne y Varey (2006) son aquellos que discuten de la importancia de los antecedentes de la Co-creación de Valor, los cuales examinan el papel de comunicarse, relacionarse y el conocimiento. Estos tres conceptos generales se consideran fundamentales para la aparición y el éxito de la mayoría de las actividades conjuntas (Clark, 1996), ya que proporcionan el soporte estructural para las acciones de los clientes que interactúan con los empleados, esto lleva a que mejore la coordinación de sus acciones, e intensifique su cooperación (Ballantyne y Varey, 2006). El conocimiento, la comunicación y el relacionarse son los mecanismos básicos de coordinación y como tales tienen el potencial de mejorar la colaboración.

La comunicación, por ejemplo, facilita la creación del significado compartido (Lievrouw, y Finn, 1990), lo que permite a los actores que interactúan para establecer un terreno común y comiencen sus actividades de colaboración. Del mismo modo, la relación tiene un propósito que es la unión de mejorar las relaciones sociales entre los actores y, por lo tanto, suaviza las actividades de colaboración. Por último, el conocimiento permite a los participantes compartir información relevante, el cual reconoce entender qué tipo de información tiene acceso cada actor, o qué información debe ser compartida con el fin de que los actores lleguen a sus modelos mentales objetivos compartidos.

Los nueve antecedentes analizados en esta sección sirven en función de ilustrar la amplitud de la comunicación, la relación, y el conocimiento de la Co-creación de Valor y se han obtenido a partir de tres estudios previos sobre la Co-creación de Valor, el primero por Martínez, Avalo & Quintero (2001) y el segundo por Gustafsson, Kristensson y Witell (2012) que se ocupa de los aspectos de la comunicación como dimensiones potenciales de

Co-creación de Valor en el contexto de la innovación; los siguientes autores Donabedian (1984), Randall, Gravier y Prybutok (2011) investigan sobre la confianza, la conexión y compromiso como posibles dimensiones de una construcción de orden superior de la Co-creación de valor; y por último los autores (Lidefonso, 2002) Yi y Gong (2013) tratan sobre la Co-creación de valor desde la perspectiva del cliente como una construcción de tercer orden.

5.2.4.1. Comunicación

La comunicación es uno de los medios para descubrir las similitudes y diferencias en las bases del conocimiento permitiendo a los clientes y empleados de una organización alinear sus objetivos (Frith y Frith, 2008). Por este motivo la comunicación se convierte en la transmisión de información con el propósito de crear una comprensión de los pensamientos y sentimientos los cuales están en la base de la mayoría de las interacciones del servicio de salud (Ballantyne y Varey, 2006)

En el análisis de los antecedentes de la Co-creación de Valor la comunicación con el cliente hace parte de la innovación de servicios, (Gustafsson, Kristensson y Witell, 2012) esta se centró en los siguientes cuatro aspectos: la frecuencia, la dirección, la modalidad, y el contenido.

Encontraron que estas cuatro influenciaron sobre el éxito de la innovación en una organización. Por este motivo la comunicación frecuente entre los clientes y los empleados durante una interacción de servicios conduce a un mayor intercambio de información que permite a los participantes descubrir las capacidades de cada uno de los recursos, para entender sus necesidades y los roles en la interacción, esta influencia se da no solo en la

intensidad, sino también la dirección que se espera influya en la Co-creación de Valor entre los participantes.

En este sentido, se distingue dos formas la primera como bidireccional y la segunda unidireccional donde se espera que las interacciones con la comunicación bidireccional sean más beneficiosas para la Co-creación de Valor (Ballantyne y Varey, 2006). Por lo tanto, el que la dirección de la comunicación esté equilibrada tanto en los usuarios como en los empleados influye sobre el establecimiento de objetivos, la negociación del poder, así como la transparencia y por lo tanto estarán más propensos a la participación de la Co-creación de Valor. Por último, el contenido de la información de manera oportuna contribuye a la interacción en donde mejora las habilidades de los participantes, así como la coordinación y sincronización de estos (Knoblich, Butterfill y Sebanz, 2011; Sebanz, Bekkering, y Knoblich, 2006).

5.2.4.2. Relaciones

Las relaciones proporcionan un soporte estructural para la generación del conocimiento, ya que incluyen información sobre las interacciones previas, sus niveles de éxito, información personal sobre los participantes, y sus métodos de trabajo preferidos. No todos los servicios permiten a los clientes interactuar con el empleado y, por lo tanto, construir relaciones fuertes. Esto puede aumentar la cantidad de participantes en la comunicación debido a que se dedican a transmitir una sensación de seguridad durante la interacción de servicios. Esa Sensación es la conexión entre los participantes lo que aumenta las posibilidades de comportamiento pro social durante la interacción (Mochon, Norton, y

Ariely, 2012) puede construir familiaridad, voluntariado (Garbarino y Johnson, 1999), y la intimidad (Westbrook, 1981).

En segundo lugar, está la confianza que se define como la fiabilidad e integridad en el intercambio con otra persona (Morgan & Hunt, 1994, p. 23). Y esta se ha discutido como un factor principal en la construcción del compromiso de las relaciones (Bitner, Booms y Tetreault, 1990; Morgan y Hunt, 1994). La confianza interpersonal durante las interacciones de servicio promueve la honestidad y la equidad entre los participantes, lo que aumenta el nivel de cordialidad, así como la motivación de los participantes para cooperar y coordinar sus esfuerzos. Y por último Randall, Gravier, y Prybutok discuten la idea del compromiso, y lo describe como el deseo permanente y la voluntad para trabajar en el mantenimiento de las relaciones humanas (2011, p. 7).

5.2.4.3. Conocimiento

Los autores Ballantyne y Varey (2006) discuten el tercer elemento el cual es el conocimiento relevante la Co-creación de Valor, pero este debe distinguirse entre el conocimiento tácito y explícito, donde el conocimiento tácito es visto como un recurso operante que reside en los individuos que puede ser utilizado por los empleados y clientes para crear directamente valor y el conocimiento explícito debe ser considerado como un recurso operando que actúa como un depósito de conocimientos que se puede acceder con el objetivo de crear valor. Los autores Yi y Gong (2013) ponen de relieve la búsqueda de información, el intercambio de información y la retroalimentación como parte fundamental del antecedente del conocimiento para la Co-creación de Valor.

El primero que es la búsqueda de información se puede utilizar como un medio de obtención de información acerca de la interacción de otros participantes, permitiendo así a los colaboradores aprender acerca de sus objetivos, o comunicar la información sobre sus bases de recursos o preferencias como un medio para alinear sus expectativas y comportamientos.

El segundo que el intercambio de información (ya sea demandada o no) es también un factor determinante. De hecho, se espera que los empleados adquieran la mayoría de las aportaciones de conocimiento de los clientes (Gwinner, Bitner, y Brown, 2005), otra de las funciones incluye el compartir la personalización de ofertas, servicios, riesgos o alternativas de información. El intercambio de información asegura que los participantes tengan una comprensión de los problemas y las funciones de cada uno, para poder discutir activamente las soluciones, así como negociar o coordinar durante la interacción. El intercambio de información aumenta el nivel de comprensión mutua durante las interacciones de servicio y contribuye a la Co-creación de Valor.

El tercer factor es la retroalimentación es un tipo específico de transferencia de conocimientos que se centra en afinar las bases del conocimiento y la sincronización de acciones conjuntas, por lo tanto, promueve la Co-creación de Valor (Sebanz, Bekkering y Knoblich, 2006). Esta permite a los clientes dar información a los empleados acerca de los errores potenciales, o de forma positiva las acciones que pueden preferir.

5.2.5. Dimensiones de la Co-creación de valor

Los autores Yi y Gong (2013) sugieren que la Co-creación de valor tienen dos dimensiones la cuales son: la primera el comportamiento de participación de los clientes y

el segundo el comportamiento Ciudadano del cliente. Cada una de estas dimensiones estaría integrada, en la escala original, por cuatro factores, a saber: búsqueda de información, intercambio de información, comportamiento responsable e interacción personal, en el marco del comportamiento participativo; y retroalimentación, recomendación, disposición a ayudar y tolerancia, para el comportamiento ciudadano. Las cuatro primeras son consideradas por los autores como indispensables para el normal desarrollo del servicio, mientras que el resto son complementarias a este proceso y portadoras de un valor superior para la organización. A continuación, se describen estas ocho dimensiones:

- **Búsqueda de Información:** Para poder participar en el proceso de Co-creación de valor, los clientes necesitan tener acceso a la información relativa a las características básicas del servicio que van a recibir. Concretamente, buscan información relacionada con la mejor manera de desarrollar su rol de Co-creadores de valor, así como con aquello que se espera de ellos durante la prestación del servicio. Las fuentes de obtención de esta información son diversas, y pueden pasar desde la consulta a la observación del comportamiento de otros clientes mientras hacen uso del servicio. Este conocimiento va a permitir la reducción de la incertidumbre de los clientes, al tiempo que facilita su integración en el proceso de co-creación de valor, incidiendo de forma importante en la participación del usuario en la entrega del servicio. En efecto, si el cliente no conoce o no entiende cómo funciona o se presta un servicio, le será bastante complicado participar en la creación de este y probablemente se convertirá en sujeto pasivo de la prestación.
- **Intercambio de Información:** Para que el proceso de creación de valor se desarrolle de forma adecuada es preciso que los clientes participen activamente, proporcionando

información a los empleados sobre la necesidad que desean satisfacer, así como las especificaciones del servicio que esperan recibir. Sin esta transmisión de información, el proceso de prestación del servicio se hará más complejo, pues el trabajador no tendrá el conocimiento necesario sobre cuál es el problema para resolver y la mejor manera de llevarlo a cabo desde el punto de vista del cliente. Por tanto, esta dimensión de la Co-creación se considera de vital importancia para el éxito del servicio, pues de ella depende que los empleados puedan prestar un servicio adaptado a las necesidades específicas del cliente.

- **Comportamiento Responsable:** En el proceso de Co-creación de Valor, los clientes deben cooperar con los empleados, siguiendo las directrices y orientaciones establecidas por éstos. Ello implica que los usuarios conozcan sus derechos y responsabilidades en el desarrollo de la prestación y que estén dispuestos a colaborar en este proceso. Sin este tipo de comportamiento, el encuentro de servicio adolecerá de un bajo nivel de Co-creación de valor.
- **Interacción Personal:** Las relaciones interpersonales entre clientes y empleados, basadas en la cortesía, la amabilidad y el respeto son fundamentales para el éxito del proceso de Co-creación de valor. Por tanto, para que este proceso se desarrolle de forma satisfactoria es preciso crear un clima de confianza, un entorno agradable para el cliente que favorezca su implicación en el proceso de Co-creación de valor.
- **Retroalimentación** Esta dimensión hace referencia a la información que los clientes proporcionan a los empleados (sugerencias y orientaciones), y que facilitan la mejora de la prestación de servicios a largo plazo. No es una conducta necesaria para el éxito en el encuentro de servicio, pero contribuye en gran medida a la mejora del mismo,

ya que implica aprovechar la experiencia y el conocimiento del cliente para el perfeccionamiento del servicio.

- **Recomendación:** Implica la recomendación de la empresa o empleados a familiares y amigos. Esta dimensión no es necesaria para el éxito de la Co-creación, pero contribuye de forma importante a la notoriedad y la reputación de la firma, así como a la captación y la retención de clientes. Además, puede constituir un indicador de la lealtad del cliente.
- **Disposición a Ayudar:** En el proceso de Co-creación de valor, los clientes pueden ayudar a otros clientes. Esta disposición a aconsejar o asesorar al resto de usuarios del servicio, que se manifiesta de forma espontánea, contribuye a mejorar el servicio sin la necesidad de que los empleados intervengan.
- **Tolerancia:** Se refiere a la voluntad de los consumidores de mostrarse pacientes cuando la prestación del servicio no cumple con sus expectativas. Teniendo en cuenta que los fallos en el servicio son una de las principales razones que explican el comportamiento de cambio de proveedor, esta dimensión es vital para la retención de clientes y la mejora de los indicadores de rentabilidad de la organización.

5.3. Marco legal

5.3.1. Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, tiene como objetivo el fortalecimiento en la prestación del servicio público en salud, donde se brinde atención de mayor calidad, incluyente y equitativo.

5.3.2. Ley 1384 de 2010

Tiene como propósito reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer. Así mismo, mejorar la calidad de vida de los pacientes, a los que se les garantiza por parte del Estado y de los actores que intervienen en el SGSSS, la prestación integral de los servicios que requieran. Además, declara que el cáncer es una enfermedad de interés en salud pública y de prioridad nacional, de la misma forma deberá tener acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Además, debe garantizar siempre el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, la contratación y la prestación de servicios oncológicos para los pacientes, con IPS que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento unidades funcionales.

5.3.3. Ley 1388 de 2010

Se dictan disposiciones en donde los menores de edad con diagnóstico de cáncer deberán tener cobertura ilimitada, además obliga a las EPS a garantizar su atención en las

unidades de cáncer infantil A partir de la fecha los menores de 18 años tendrán coberturas ilimitadas para diagnosticar, tratar el cáncer, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados que cuenten con la dotación, infraestructura recursos humanos y tecnología para la atención de estos pacientes.

5.3.4. Resolución 2003 de 2014

Establece los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de los prestadores de servicios de salud, sean estos hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud. Además, adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Fijar criterios y condiciones básicas, que deben cumplir todos los servicios de salud que se presten y deban habilitarse en el país en especial los que atienden pacientes oncológicos, para garantizar estándares mínimos de obligatorio cumplimiento, con el fin de asegurar que los servicios se presten en condiciones que minimicen los riesgos de seguridad para el paciente.

5.3.5. Resolución 247 de 2014

Esta resolución establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer, ante la Cuenta de Alto Costo, por parte de las IPS públicas, privadas y mixtas; las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; y los regímenes de excepción, las cuales deben recolectar y consolidar el registro de pacientes con cáncer remitidos por las Direcciones Municipales de Salud e IPS de su red de servicios; reportar a la Cuenta de Alto

Costo el registro de usuarios con cáncer; y responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.

5.3.6. Resolución 1419 de 2013

Establece los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer y los lineamientos para su monitoreo y evaluación. Igualmente, establece obligaciones para la conformación de la red de prestación de servicios oncológicos y unidades funciones, fijando lineamientos para su monitoreo y evaluación.

5.3.7. Resolución 1442 de 2013

Adopta las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de las leucemias y linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, y cáncer de próstata. Estas son una referencia necesaria para la atención de las personas, siendo potestad del personal de salud acoger o separarse de sus recomendaciones cuando considere que el contexto clínico en el que se realiza la atención así lo amerita, dejando registro de su concepto y decisión en la historia clínica.

5.3.8. Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las IPS deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad

esperada en sus procesos de atención, junto a ello tendrán acciones preventivas, de seguimiento y evaluación continua.

5.3.8. Decreto 4107 de 2011

Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, establece en el numeral 13 del artículo 2º como función del Ministerio de Salud y Protección Social definir los requisitos que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener la habilitación y acreditación.

5.3.9. Circular 04 de 2014

Expedida por la Superintendencia Nacional de Salud con el objetivo de vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que consiste en que las entidades concernidas deben proporcionar a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer la atención en salud sin ningún tipo de retraso. Tampoco se debe negar o dilatar la atención médica requerida, y el registro de citas de consulta especializada debe gestionarse y optimizarse.

6. Estado del arte

En la búsqueda de investigaciones sobre la Co-creación de Valor se encontraron varios artículos los cuales hacen un enfoque hacia nivel industrial o realizan la formación sobre sus bases teóricas muy pocos hacen una conexión con los servicios de salud. A continuación, se describe el análisis de los principales artículos que se utilizaron para la realización de esta investigación.

La investigación titulada: *Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: The influence of online access to healthcare information*, por Kofi Osei-Frimpong, Alan Wilson, y Fred Lemke (2018), es un estudio prospectivo a 20 pacientes y 7 médicos de dos hospitales, donde utilizaron encuestas para encontrar las actividades de Co-creación de Valor a nivel del micro ecosistema, que conlleva a una mejora dentro del servicio de salud obteniendo resultados positivos por parte del usuario y los colaboradores.

El artículo titulado *Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem* realizado por los autores Pennie Frowa, Janet R. McColl-Kennedy, y Adrian Payne (2016), hace un análisis sobre el papel de las prácticas de Co-creación de Valor frente a la conformación de un ecosistema de salud identificando aquellas prácticas positivas o negativas desde el nivel micro hasta el mega.

La revista CTS publicó el artículo *Co-creando valor público. Desafíos pendientes para América Latina*, por Zurbriggen y González Lago (2015), en el que se realiza un análisis de cómo a nivel de Latinoamérica crecen los escenarios sistemáticamente en los procesos donde exploran y piensan las formas en que involucran a los ciudadanos y comunidades para que desempeñen un papel activo en la Co-creación de servicios y políticas

públicas, de esta forma utilizan el término de Co-creación de Valor como la innovación que realizan los países para la Co-producción de nuevas alternativas en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, económicos y culturales.

Por otro lado, Zhanga, Tonga, Demirela, Duffya,b, Yiha, y Bidassiec (2015) realizaron la investigación *A practical model of value co-creation in healthcare service*, en la que analizan de forma retrospectiva los diarios de los pacientes donde informan sus opiniones, sugerencias y la satisfacción con respecto al servicio, hacen la observación de las actividades de Co-creación de Valor y la influencia que tiene el paciente en la participación de su atención y la mejora del servicio de salud.

En el artículo titulado *Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles*, McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney y Kasteren (2012) realizaron 20 entrevistas a profundidad, personas mayores de edad, en un centro de oncología, donde encontraron las diferentes formas y actividades en las que Co-crean Valor para el cuidado de su salud.

Este estudio Publicado por Harvard Business School Publishing Corporation, por los autores Michael E. Porter y Mark R. Kramer (2011) título: *creación de valor compartido* en el cual hace énfasis al valor social que realizan las empresas y la sociedad, donde se generan políticas y prácticas operacionales que mejoran la competitividad de las organizaciones, este artículo hace hincapié hacia la creación de valor con la responsabilidad social en las empresas.

La investigación de García, Valdivieso, Olaya, Díaz, Vallejo, y Castro (2009) publicada en los cuadernos de Administración de Bogotá con el título de *Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia*, caracteriza el sistema de salud colombiano desde la agregación de valor y costos de transacción viendolo como una cadena

de abastecimiento. Hace una mirada global sobre las entidades promotoras de salud (EPS), organismos de control, el ministerio de salud y cómo realizan la agregación de valor a los usuarios relacionando este término con la cadena de valor.

La publicación realizada por la revista Pensamiento y Gestión de la Universidad del Norte de Barranquilla, por Zuleima Radi Sagbini y Álvaro Bolívar Silva (2007), titulada *Creación de valor en las empresas colombianas durante el periodo 2000–2005*, hace parte de una herramienta metodológica para evaluar el desempeño económico de los negocios y está implícito el término de creación de valor cuando la industria hace agregación económica, este estudio se realizó a 60 sectores económicos con el fin de evaluar el valor que le agrega a la economía colombiana.

Los anteriores artículos hablan sobre la Co-creación de valor de manera más global, a continuación, presentaremos algunos de los artículos más específicos que sustentan este anteproyecto. El artículo de investigación publicado por la revista Gerencia, Política y de Salud de Remedios Calero Gimeno, y Matina Gallarza-Granizo (2015), *Aplicabilidad del Service-Dominant Logic al ámbito sanitario*; realiza una definición de Co-creación de Valor y hace una relación con el mercadeo de los servicios de salud, mostrando lo que es la teoría de la lógica del servicio dominante, una novedosa visión estratégica, basada en la creación de un mayor valor con y para el consumidor. Presenta también una revisión teórica de la especificidad del servicio de salud a partir de esta realidad, la Co-creación de Valor en el ámbito de salud se obtiene de la participación activa de un paciente cada vez más informado, y de la comprensión de los complejos equilibrios de la relación médico-paciente.

El artículo de Neghina, Caniëls, Bloemer y van Birgelen (2015) publicado en Marketing Theory, titulado *Value cocreation in service interactions: Dimensions and*

antecedents, esta investigación se encuentra dentro de las primeras en realizar una conceptualización de Co-creación de Valor a través de la discusión de sus dimensiones y antecedentes. Propone que, en las interacciones de servicio, la Co-creación de Valor debe ser entendida como una actividad de colaboración conjunta entre los empleados de servicios y clientes, que consiste en seis dimensiones, que corresponden a las acciones conjuntas simples (individualización, relativa, autorización, acciones conjuntas éticos, de desarrollo y concertados). Por otra parte, se derivan nueve proposiciones sobre los antecedentes de la Co-creación de Valor etiquetados como comunicación, relación y conocimiento.

El artículo de Jillian Sweeney, Tracey Danaher, y Janet McColl-Kennedy (2015) publicado por el Journal of Service Research, *Customer Effort in Value Co-creation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers*, muestra la transformación de los servicios al cuidado de la salud, donde la empresa y el cliente pueden contribuir al bienestar individual y de la sociedad. Explora la Co-creación de Valor que el cliente aporta al cuidado de la salud, identificando la jerarquía de las actividades que representan diferentes niveles de esfuerzo al usuario o la toma de decisiones, al igual que el grado de voluntad que ejercen los clientes para integrar los recursos, a través de una serie de actividades de diferentes niveles de dificultad percibida.

Uno de sus objetivos de esta investigación fue la observación de las actividades de Co-creación de valor en pacientes con enfermedad crónica, realizaron 20 entrevistas a profundidad, en dos clínicas de oncología, seleccionados al azar, mayores de edad, que se encontraban en diferentes etapas de tratamiento, que duro 1,5 horas.

Durante la búsqueda de información se encontraron varios artículos basados en la escala de medición sobre el comportamiento de Co-creación de Valor del cliente de los

autores Yi y Gong (2013) que se puede aplicar en diferentes organizaciones que se dediquen a la prestación de servicios. El más reciente se titula *Comportamiento del consumidor en la co-creación de valor y su relación con la satisfacción en el entorno universitario: una aplicación a la Universidad de Ibagué (Colombia)*, escrito por Moreno y Calderón, en el que se aplica la escala por medio de un cuestionario a estudiantes encontrando la relación que existe entre el comportamiento y la satisfacción con los servicios que le presta la universidad, dentro de esta investigación no utilizaron la totalidad de las nueve dimensiones, pero los resultados comprueban que los usuarios siempre están involucrados durante todo el proceso y además realizan una retroalimentación para un beneficio mutuo.

Francisco Cossío-Silva, Manuela Vega-Vázquez y María Revilla-Camacho (2016) en su investigación *La percepción del cliente sobre la co-creación de valor. Adecuación de la escala de Yi y Gong al contexto español*, analizaron la fiabilidad y validez del instrumento de medida, utilizando una muestra de 374 usuarios de servicios relacionados con el cuidado personal, el resultado permite observar la participación de los clientes en la entrega y prestación de los servicios, lo que implica una mayor lealtad y compromiso con estas organizaciones.

7. Metodología

En este apartado se indican los aspectos metodológicos que se emplearon para dar cumplimiento a los objetivos del proyecto.

7.1. Metodología de Investigación

Para probar el modelo teórico propuesto en la realidad colombiana, fue necesario recolectar datos y usar técnicas estadísticas que se describen a continuación. Este trabajo se inscribe en la investigación cuantitativa de acuerdo con las características propuestas por Hernández, Fernández y Baptista (2014) y Monje (2011).

7.2. Tipo de investigación

Este estudio se inscribe dentro de las investigaciones de tipo explicativo, ya que intenta determinar cómo las características sociodemográficas del paciente oncológico motivan la Co-creación de Valor con respecto al departamento clínico. En línea con Hernández (2014), los estudios explicativos van más allá de la descripción de fenómenos o situaciones, ya que tienen como objetivo encontrar las causas de dichos fenómenos.

7.3. Población y muestra

7.3.1. Población de referencia

Se realizó un promedio de pacientes que ingresaron al servicio de oncología en una institución de Santiago de Cali, entre los años 2014 y 2017, con la cual se promedió una población de 1.570 pacientes mayores de edad. (2014=1350, 2015=1460, 2016=1680,

2017=1790, fuente oncólogos asociados de Imbanaco), los cuales ingresaron para consulta externa o para su tratamiento.

7.3.2. Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra probabilística aleatoria se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{p \times q}{(d/z)^2 + (p \times q/N)}$$

- **p:** probabilidad de ocurrencia: 50%= 0,5
- **q:** probabilidad de no ocurrencia: 50%=0,5
- **d:** error muestral: 7%= 0,07
- **N:** población: 1570 (fuente oncólogos asociados de Imbanaco)
- **Nc:** nivel de confianza: 95%
- **z:** tipificación: 1,64
- **n:** tamaño de la muestra: 126

n: 126,20

Con un nivel de confianza del 95%

Error del 7%

7.3.2.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de edad (> 18 años)
- Que no tenga impedimentos físicos y mentales
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que utilicen los servicios de la institución mayor o igual a 6 meses.

7.3.2.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que hayan utilizado los servicios de la institución menor a seis meses

7.3.3. Instrumento

Para medir la co-creación de valor, se aplicó el modelo de Yi y Gong (2013), el cual plantea los antecedentes de la co-creación en un modelo con dos dimensiones de segundo orden y 8 de primer orden. Una de estas dimensiones está integrada, en la escala original, por cuatro factores, a saber: búsqueda de información, intercambio de información, comportamiento responsable e interacción personal en el marco del comportamiento participativo, retroalimentación, recomendaciones, disposición a ayudar y tolerancia.

El instrumento de Co-creación de valor (Yi y Gong, 2013), fue utilizado como método de investigación, el cual está encabezado con los datos sociodemográficos de cada paciente, luego medio el comportamiento que contribuyo a la Co-creación de Valor dentro de la institución (Ver anexo N.º 1, encuesta).

Cada dimensión se mide en escala tipo Likert el cual es un instrumento psicométrico donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional (Bertram, 2008).

Dentro de la investigación la escala tipo Likert de 5 puntos cuyos límites abarcan las categorías: 1 muy en desacuerdo, 5 muy de acuerdo, este tipo de escala es la más adecuada para medir actitudes (Likert, 1932; Edmondson, 2005). Este tipo de instrumento consiste en una colección de ítems, la mitad expresando una posición acorde con la actitud a medir y la otra mitad en contra. Cada ítem iba acompañado de una escala de valoración ordinal. Esta escala incluía un punto medio neutral, así como puntos a izquierda y derecha, originalmente de desacuerdo y de acuerdo, con opciones de respuesta numéricas de 1 a 5. La escala de alternativas aparecían en horizontal, uniformemente espaciadas, al lado del ítem e incluyendo las etiquetas numéricas.

7.3.4. Descripción del modelo.

Tabla 1. Descripción del modelo.

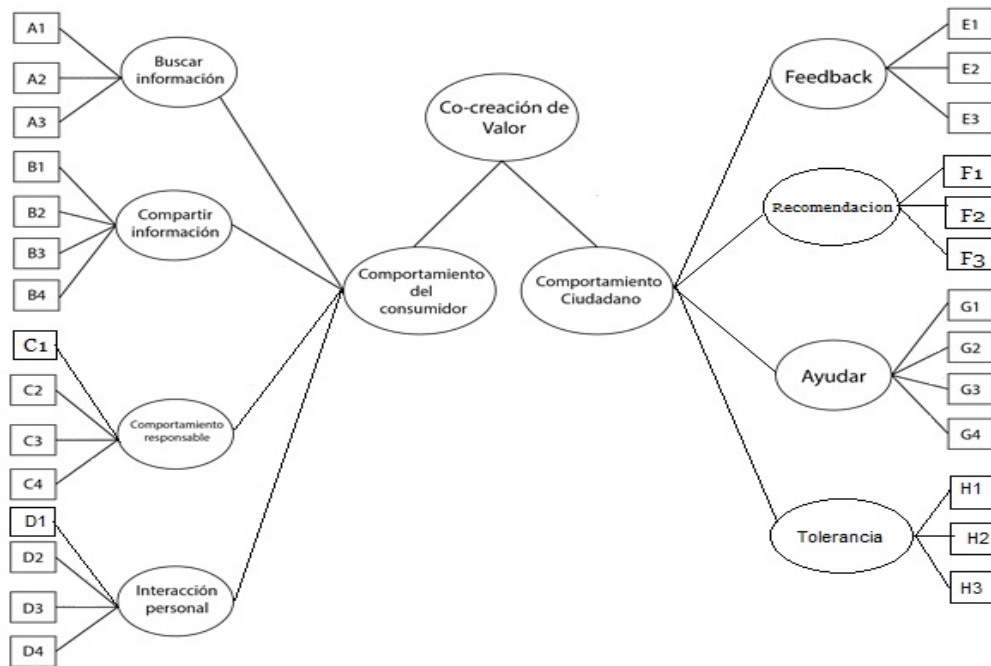
Dimensión	Constructo	Definición	Escala de medición	Posibles valores	Fuente
Comportamiento del consumidor	Buscando información.	Hace relación a la necesidad que tienen los usuarios al buscar información con respecto a la prestación de servicio.	Cuantitativo	1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4.De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente
	Intercambio de información.	Hace referencia al intercambio de información	Cuantitativo	1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente
	Comportamiento responsable.	Se refiere al comportamiento que toman los pacientes con respecto a su salud	Cuantitativo	1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente
	Interacción personal.	Es la interacción de los pacientes con el personal de la empresa.	Cuantitativo	1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo	Paciente

				3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	
Comportamiento ciudadano	Retroalimentación	Hace referencia a la información que los clientes proporcionan a los empleados.	Cuantitativo	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente
	Recomendaciones	Hace referencia a las recomendaciones que los usuarios hacen a otras personas sobre la institución.	Cuantitativo	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente
	Ayudando (disposición de ayudar)	Hace referencia a la disposición que tienen los usuarios de aconsejar o asesorar al resto de los usuarios del servicio.	Cuantitativo	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente
	Tolerancia	Se refiere a la voluntad de los consumidores de mostrarse pacientes cuando la prestación del servicio no cumple con sus expectativas.	Cuantitativo	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Paciente

7.3.5. Modelo de Co- creación de valor.

En la figura 3, se presenta el modelo de Co-creación de valor, que fue utilizado en la investigación, partiendo de la teoría de los autores Yi y Gong (2013).

Figura 3. Resultado del modelo de Co-creación de valor



(Fuente: Yi y Yong (2013))

7.3.6. Consideraciones éticas

Los participantes cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales fueron informados de manera verbal y escrita el contenido, objetivos del estudio y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo considerase pertinente, así mismo se les informo sobre el manejo de confidencialidad de la información recolectada.

Según la Resolución 13437 de 1991, por la cual se crea el comité de Ética Hospitalaria y en el artículo 1 donde se adoptan los derechos de los pacientes. Y la resolución 008430 de 1993 en la que se considera que este estudio causa riesgos mínimos para las pacientes.

7.3.7. Proceso de recolección de la información

La información de la investigación fue recolectada en la institución oncológica de Cali, donde se abordaron a 126 pacientes en el área de consulta externa y en el área de preparación de su tratamiento previos a recibir sus medicamentos, para esto fue necesario llevar una copia de la aprobación del anteproyecto de trabajo de grado emitida por el jurado evaluador firmada por el director de la Maestría en administración el profesor Ramiro Azuero, presentarla a la doctora Marisol Álvarez quien es la gerente medica de la institución de oncología de Cali, con la cual se obtuvo la autorización. A cada uno de ellos se le pidió que llenaran el consentimiento informado, se explicaron los objetivos de la investigación y previamente a eso llenaron un cuestionario, esta recolección duro 5 meses.

8. Desarrollo.

8.1. Estructura organizacional

En la investigación durante la recolección de datos se logró observar las características generales de la institución de oncología, esta organización es especializada en pacientes que tienen enfermedades hematoncológicas, prestan un servicio farmacéutico, con una central de mezclas para que los pacientes reciban su tratamiento de forma ambulatoria, servicio de consulta externa, donde tienen una cita con un oncólogo para definir su estado de salud, realizar un seguimiento y definir un tratamiento. Todos estos pacientes reciben un trato humanizado, conforme a las políticas de calidad, todos sus procesos son auditados y en la actualidad se encuentra habilitada por el ministerio de salud y protección social.

8.1.1. Direccionamiento estratégico

8.1.1.1. Misión

Somos una entidad de salud, privada, especializada en el tratamiento de personas con enfermedad hematoncológicas o de alto costo, a quienes procuramos mejorar su calidad de vida y la de su entorno familiar, brindándoles una atención de alta calidad y ceñida a la ética médica. Apoyamos a nuestros clientes, aseguradores y pagadores, en el logro de sus objetivos de gestión del riesgo, ofreciéndoles modelos de contratación innovadores y servicios complementarios para la detección temprana, cuidados paliativos y caracterización de población. Nos diferenciamos por contar con médicos de alto reconocimiento y un equipo humano comprometidos con el logro de los objetivos de los actores del sistema.

8.1.1.2. Visión

Somos un instituto especializado en el tratamiento de patologías hematológicas con una oferta de servicios integrales, de alta calidad, que a través de alianzas estratégicas con empresas del sector obtienen economías de escala adicionales y aprovecha los beneficios ofrecidos por la industria. Nuestro portafolio de clientes lo conforman los de mejores indicadores de la gestión aseguradora a quienes hacemos permanente evaluación de riesgos. Nos son fieles porque perciben que somos sus aliados en la gestión de los riesgos de salud de sus afiliados y en el financiero derivado y porque valoran la información periódica de sus afiliados que les proporcionamos, el seguimiento que a estos les hacemos y la atención que les brindamos.

Nuestras operaciones son eficientes y eficaces sustentadas en tecnologías de la información y las comunicaciones, confiables y estables; procesos, procedimientos e infraestructura adecuados y un talento humano calificado que se motiva sirviendo a los demás más allá de sus expectativas. Nuestra activa participación en el gremio de instituciones oncológicas y el trabajo conjunto con otras empresas del sector ha mejorado las condiciones del mercado que sumado a la gestión financiera ha asegurado la rentabilidad que los accionistas esperan y el flujo de caja libre para crecer y cumplir con las obligaciones.

8.1.2. Política institucional de calidad

En la institución de oncólogos estamos comprometidos en ofrecer servicios de calidad mediante la conformación de un equipo de trabajo altamente competente, cumpliendo con los estándares establecidos; todo enfocado hacia la mejoría continua, y la satisfacción de los usuarios y otras partes interesadas

8.1.3. Objetivos estratégicos

- Mejorar las condiciones del mercado promoviendo la intervención gremial y alianzas estratégicas con empresas del sector
- Lograr la integralidad de los servicios de la empresa
- Mejorar la posición negociadora y obtener más y mejores beneficios de la industria a través de la promoción de alianzas estratégicas con otras empresas.
- Fidelizar a los clientes implementando acciones que los ayuden a gestionar el riesgo financiero al que están expuestos y que mejoren el servicio a los usuarios.
- Garantizar la continuidad en la prestación de los servicios y mejorar la posición en el mercado a través de la administración de los riesgos financieros y operacionales.
- Mejorar la eficiencia operacional implementando tecnologías de la información y la comunicación, confiables y estables.
- Asegurar la rentabilidad que los accionistas esperan, cumplir con las obligaciones de la empresa y crecer incrementando el flujo de caja libre.
- Optimizar las operaciones mejorando procesos, procedimientos, infraestructura y cualificando y motivando al talento humano de la empresa.

8.1.4. Valores institucionales

- Pasión por servir: garantizar un servicio de calidad a los usuarios, comprometiéndose con el amor por su trabajo, comprometiéndose con su profesionalismo y conocimiento, además ve más halla las necesidades de los usuarios, sus familias con entusiasmo y compromiso.

- Honestidad: actuar siempre con la verdad, rectitud y transparencia, teniendo acciones consistentes con lo que se dice y se hace. Para esto se debe reportar cualquier situación que se presente y vaya en contra de la seguridad del paciente, colaborador o de la reputación de la empresa, con la conciencia de que hacerlo es el primer paso para mejorar.
- Credibilidad: la experiencia y trayectoria garantizan la confianza de nuestros usuarios, para ello hay que ser consecuente con el hablar y actuar, trabajando siempre en el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los grupos de interés y en especial con los compromisos y acuerdos que se adquieren.
- Respeto: valorar el ser humano sin distinción de su condición social, raza o de religión. También se deberá valorar a los compañeros de trabajo y transmitirles seguridad, siempre siendo amables, empáticos, aceptando la opinión de los demás.
- Trabajo en equipo: esto garantiza la confianza de nuestros usuarios y clientes, sabiendo que somos más que la suma de partes, de esta forma se aporta a la organización porque interactúa, facilita llegar a acuerdos y cumplir compromisos.
- Responsabilidad: asumir y cumplir compromisos y obligaciones individuales y colectivas con nuestros compañeros, empresa, usuarios y clientes, dando respuestas adecuadas y oportunas. Esto genera el apoyo a los compañeros y ayuda alcanzar objetivos, siendo conscientes que las acciones que se hagan pueden afectar al otro.

8.1.5. Servicios

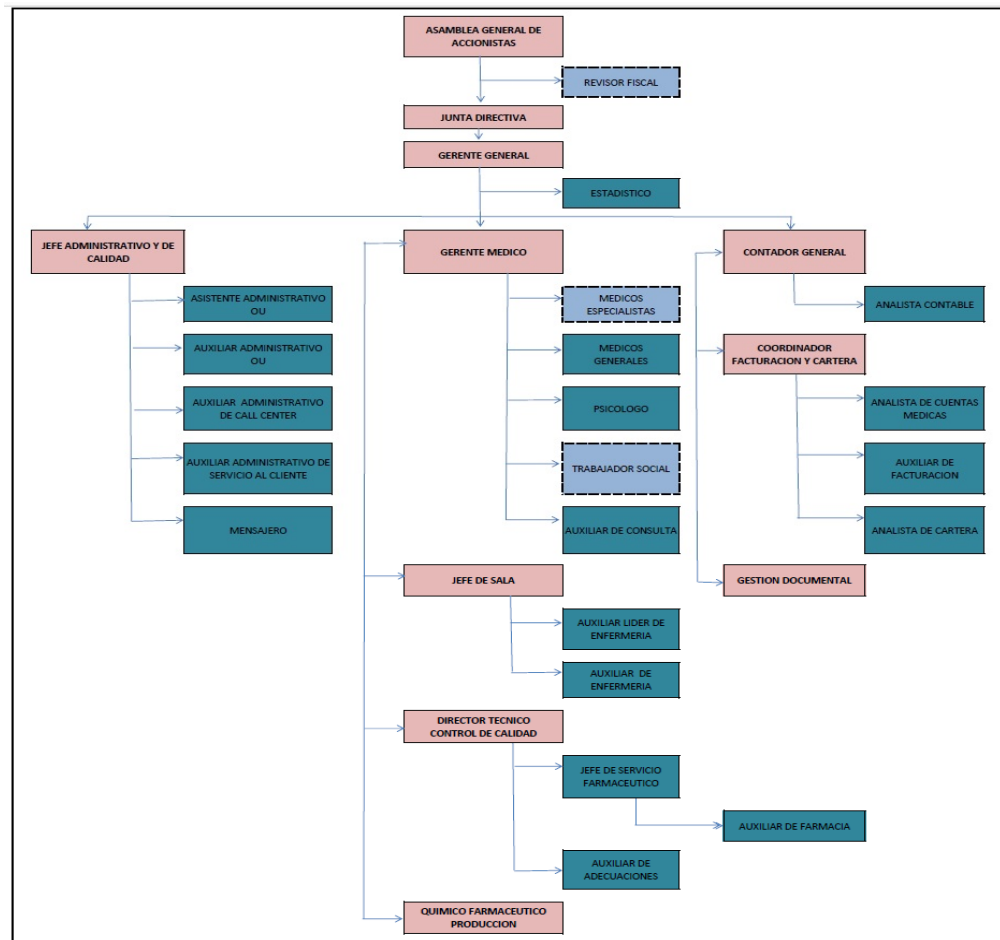
La institución de oncología cuenta con los siguientes servicios de salud que son prestados a la población oncológica:

- Servicio de consulta externa: se observan los pacientes que recibieron diagnóstico de cáncer, pero que además requieren un seguimiento por parte del Oncólogo, en este proceso se hace la asignación de citas
- Servicio al cliente: es un proceso donde se realiza la autorización de las citas médicas, tratamiento, los soportes médicos para la atención a tiempo del usuario
- Servicio farmacéutico: se encarga de todos los medicamentos de alto riesgo, la disposición de los equipos biomédicos y los insumos para los pacientes oncológicos
- Servicio asistencial: en este proceso se realiza la programación de los pacientes para su tratamiento hematológico

8.1.6. Organigrama de la institución oncológica

La institución está dirigida por un grupo de accionistas los cuales conforman la junta directiva, dentro de este grupo se escoge el gerente general, el cual tiene a su cargo al jefe administrativo, gerente médico y contador general, estos a su vez tienen departamentos que coordinar, como se muestra en la figura 4.

Figura 4. Estructura organizacional de la institución oncológica.



8.2. Análisis descriptivo

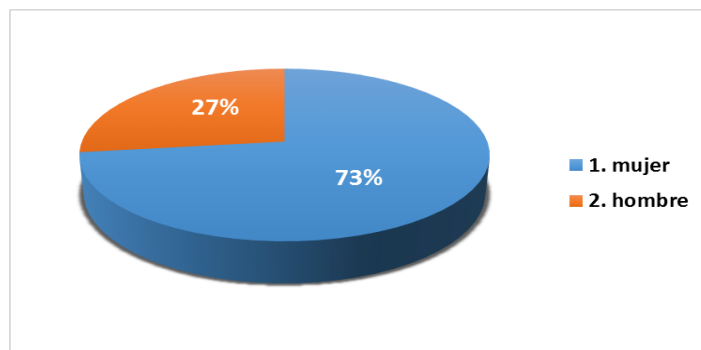
8.2.1. Perfil de la muestra objeto de estudio

A continuación, se describen algunas características sociodemográficas de la muestra objeto de estudio con el ánimo de identificar características distintivas que permitan determinar un perfil de los encuestados, pacientes con diagnóstico de cáncer de una institución oncológica de Cali.

8.2.2. Características sociodemográficas

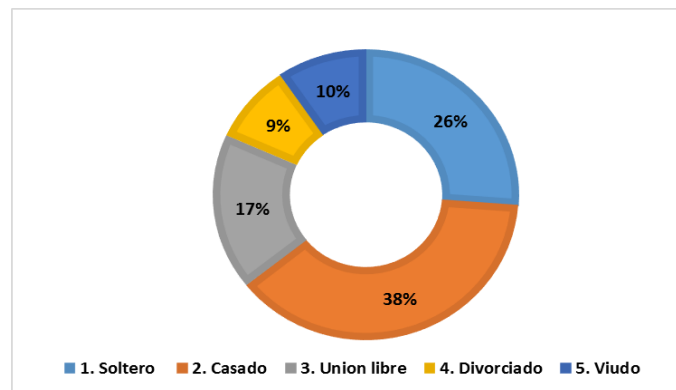
Puede decirse que la distribución de la muestra respecto al género fue heterogénea, del total de los 126 individuos encuestados 92 fueron mujeres y 34 hombres, la figura 5. muestra los resultados en términos porcentuales.

Figura. 5. Distribución de la población por género.



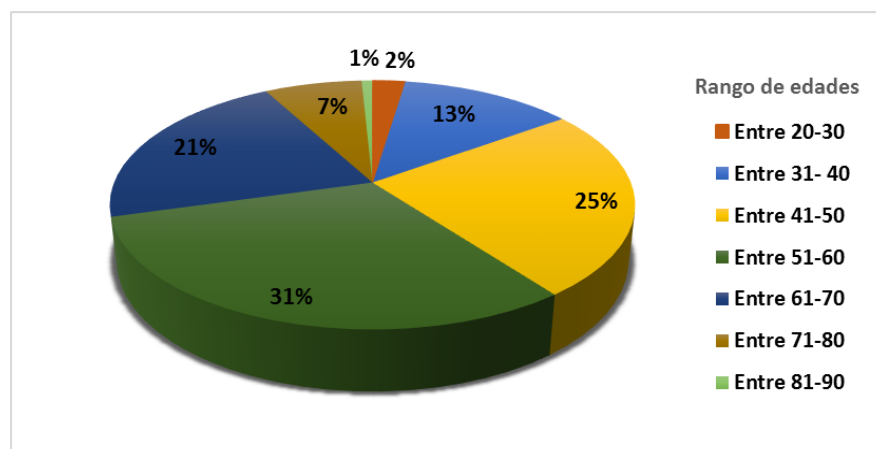
En cuanto al estado civil en la figura 6. puede notarse que 48 pacientes son casados (38%), 33 son solteros (26%), 22 conviven en unión libre (17%), 12 son viudos (10%) y 11 divorciados (9%).

Figura 6. Composición de la población según estado civil.



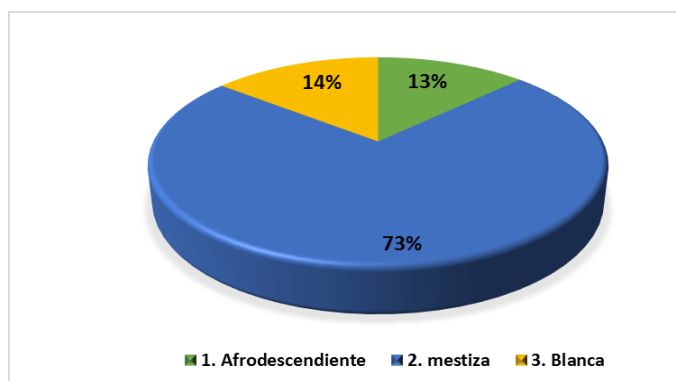
Por otro lado, en la figura 7. se observa el rango de edad que equivale al 50% de esta población que está entre 41 y 60 años, teniendo a 39 pacientes entre los 51 y 60 años (31%), 31 entre los 41 y 50 años (25%), 27 entre los 61 y 70 años (21%), 16 entre 31 y 40 años (13%), entre los 71 y 80 hay 9 pacientes (7%), y edades extremas 1 paciente de 82 años (1%) y un paciente de 20 años y dos de 27 años (2%) .

Figura 7. Composición de la población por rangos de edad.



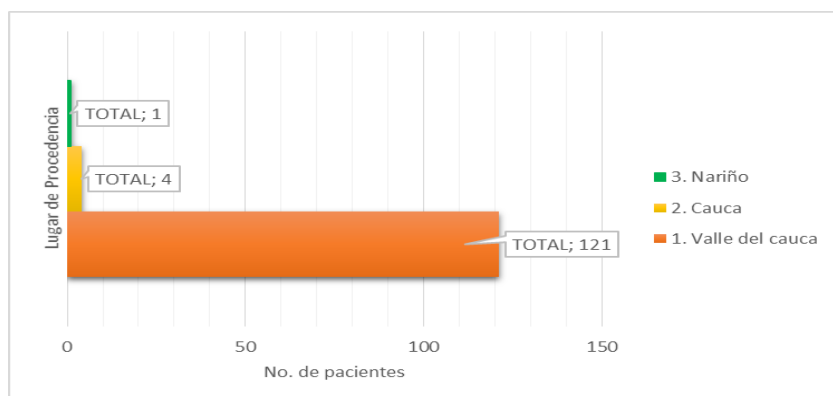
En la población total también se evidenció en la figura 8. Que el 73% de la población es mestiza (92), 18 pacientes son blancos (14%) y 16 son afrodescendientes (13%)

Figura 8. Composición de la población por grupo étnico.



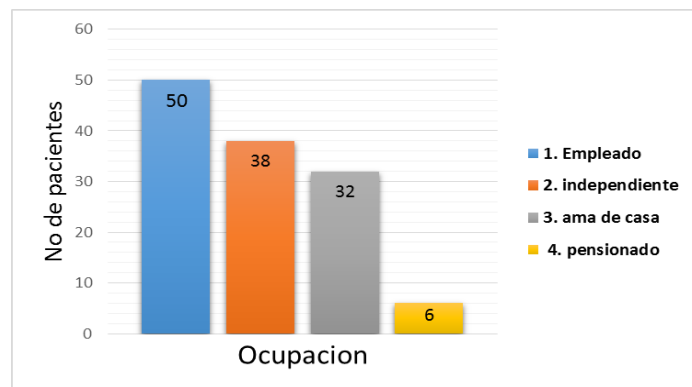
Con respecto al lugar de procedencia en la figura 9. se observa que el 96 % de la población viven en el valle del cauca en municipios como: Cali, Tuluá, Caicedonia, Candelaria, Yumbo, Palmira, solo 4 pacientes viven en el cauca (3,3%) y uno vive en Nariño (0,7%)

Figura 9. Composición de la población por lugar de procedencia.



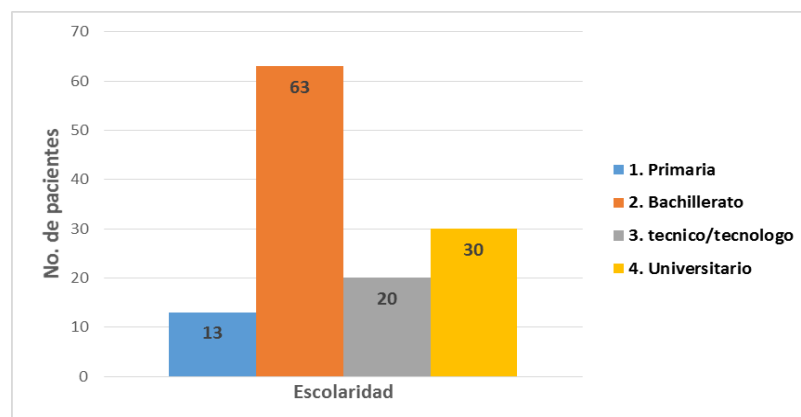
Según lo observado en la figura 10. que muestra la ocupación de los pacientes, el 40% son empleados, el 30% trabajan de forma independiente, el 25,3% son amas de casa y el 4,7% son pensionados.

Figura 10. Distribución de la población por ocupación.



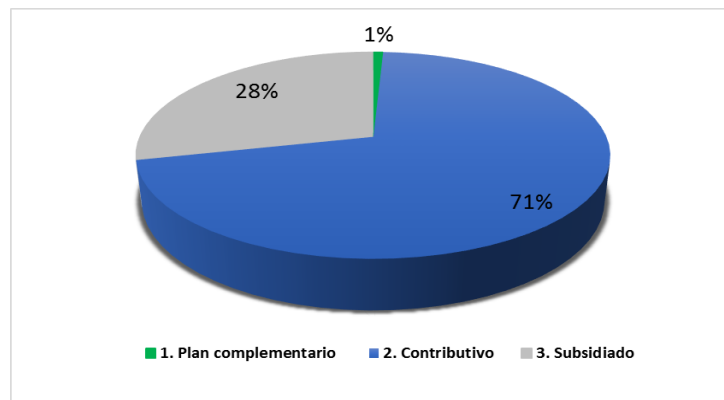
El grado de escolaridad se muestra en la figura 11. donde el 50% de la población ha estudiado bachillerato, el 24% estudió una carrera universitaria, el 16% son tecnicos o tecnologos, y un 10% tiene un nivel de escolaridad primaria.

Figura 11, Distribución de la población por escolaridad.



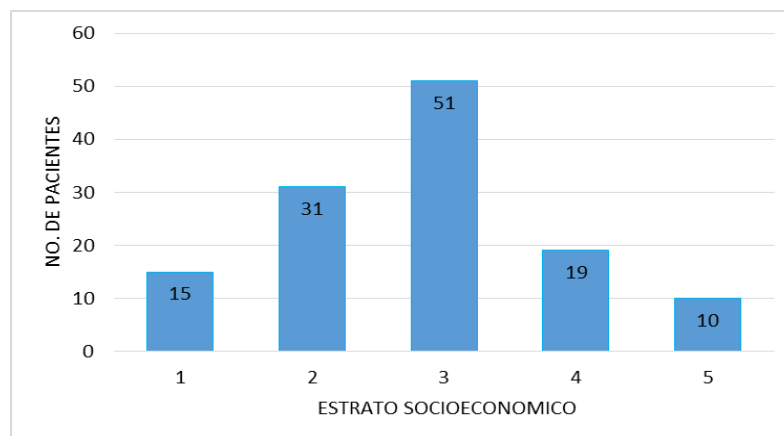
La seguridad social se encuentra en la figura 12. representada casi en su totalidad con 89 pacientes en el regimen contributivo (71%), 36 en el nivel subsidiado (28%) y solamente 1 persona en el plan complementario (1%)

Figura 12. Distribución de la población por seguridad social.



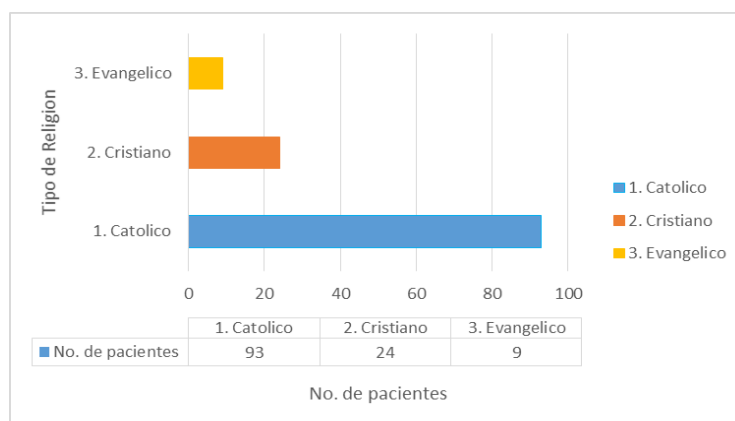
En la figura 13. se puede observar que la muestra se concentra en el estrato socioeconómico 3 con un 40%, en estrato 2 con un 25%, el 4 con un 15%, uno con un 12% y cinco con un 8%.

Figura 13. Distribución de la población por estrato socioeconómico.



En el caso de la religión de la población, la figura 14. muestra que el 74% son católicos, el 19% cristianos y 7% evangélicos.

Figura. 14. Distribución de la población por religión.



8.3. Dimensiones de la Co-creación de valor

8.3.1. Validez y fiabilidad de los constructos

Antes de proceder a realizar cualquier análisis empírico, se hizo imprescindible identificar si las escalas de medición empleadas son válidas y fiables. La fiabilidad por su parte, hace referencia al grado en el que un instrumento al ser aplicado en distintos momentos, bajo las mismas circunstancias y sobre un mismo grupo de personas, produce resultados similares independientemente de quien aplique el cuestionario (Hernández et al, 2014). Para medir la fiabilidad, pueden emplearse múltiples estadísticos o criterios de

información, para este trabajo, se empleó el Alfa de Cronbach. De acuerdo con Henseler et al. (2016), valores superiores a 0.7 en este estadístico reflejan una buena confiabilidad.

Por otra parte, también se estimó la validez del constructo, la cual se identifica a partir de la validez discriminante y convergente. La primera sugiere que la correlación entre ítems de diferentes constructos debe ser menor que la de los ítems del mismo constructo. La segunda señala que las medidas de un mismo constructo deben estar altamente correlacionadas (Martínez & Martínez, 2009). Para medir la validez convergente, se empleó el índice de varianza media extraída (AVE), cuyos valores aceptables deben estar por encima de 0.50 (Hair, Black, Babin y Anderson, 2010). Mientras que la validez discriminante se midió utilizando a Fornell y Larcker (1981).

Tabla 2. Validez y fiabilidad de los constructos de tercer orden.

Constructo	Ítem	Carga	Cronbach	VE	Dijkstra-Henseler
Buscando información	A1	0.955	0.950	0.915	0.953
	A2	0.939			
	A3	0.939			
Compartir información	B1	0.945	0.863	0.716	0.877
	B2	0.947			
	B3	0.740			
	B4	0.586			
Comportamiento responsable	C1	0.132	0.645	0.601	0.654
	C2	0.95			
	C3	0.969			
	C4	0.817			
Interacción personal	D1	0.023	0.621	0.569	0.543
	D2	0.868			
	D3	0.924			
	D4	0.845			
	D5	0.221			
Retroalimentación	E1	0.650	0.698	0.525	0.700
	E2	0.631			
	E3	0.740			
Abogacía	F1	0.518	0.594	0.617	0.675
	F2	0.731			
	F3	0.605			
Ayudar	G1	0.534	0.694	0.557	0.724
	G2	0.805			
	G3	0.424			
	G4	0.555			
Tolerancia	H1	0.789	0.573	0.541	0.582
	H2	0.751			
	H3	0.661			

Como puede notarse en la tabla 2, algunos de los ítems de medición de ciertos constructos no obtuvieron valores de correlación suficientemente altos para ser incluidos en el modelo de Co-creación. En concreto, los ítems C1, D1 y D4 (en rojo), presentaron valores de correlación muy inferiores a lo recomendado (>3). Esto puede ocurrir debido a una mala interpretación de la pregunta o por errores en la aplicación del cuestionario. Para solucionar este inconveniente, se eliminaron dichos elementos del modelo, lo cual mejoró los valores de correlación de los demás ítems y aumentó considerablemente el alfa de Cronbach (comportamiento responsable = 0.933 Cronbach) e (interacción personal = 0.905 Cronbach).

Por su parte, los constructos concernientes a la variable *Comportamiento Ciudadano* que es una de las dimensiones de la Co-creación de valor, presentan en general, valores bajos en los alfa de Cronbach y en el estadístico de Dijkstra-Henseler. Esto indica que, las preguntas de medición no presentan consistencia interna aceptable. Dado lo anterior, se eliminaron del modelo los constructos “abogacía” y “tolerancia”, ya que los valores de fiabilidad son demasiado bajos: 0.594 y 0.573; además, fue imposible mejorar estos indicadores al suprimir preguntas del modelo. Con respecto a los constructos “retroalimentación” y “Ayudar”, aunque no alcanzan los valores sugeridos para el alfa de Cronbach, se encuentran muy cerca de lo recomendado y superan por poco el valor aceptable para el estadístico Dijkstra-Hensenler. Por lo tanto, se decidió mantenerlos en el modelo con el objetivo de elaborar la dimensión de comportamiento ciudadano.

A continuación, en la tabla 3 se presentan los valores de correlación entre los constructos incluidos para las dimensiones *comportamiento del consumidor* y *comportamiento ciudadano*. Vale la pena resaltar que, la literatura científica ha mencionado que estos constructos no deben estar obligatoriamente correlacionados entre sí, entendido que los motivos que constituyen a cada una de las variables son independientes (Tronvoll et al, 2011, Yi y Gong 2013)

Tabla 3. Validez de los constructos de segundo orden

Dimensión	Constructo	Arga	VE
Comportamiento del consumidor	Búsqueda de información	.316	.677
	Compartir información	.028	
	Comportamiento responsable	.731	
	Interacción personal	.753	

Comportamiento ciudadano	Retroalimentación	.412	.720
	Ayudar	.423	

Frente a la dimensión “comportamiento del consumidor”, los constructos presentan correlación aceptable, exceptuando la variable “compartir información”. Sin embargo, esta situación no presenta problemas dado que la teoría indica, no es necesario exista correlación perfecta entre todas las variables, además, el índice de Varianza Media Extraída (AVE), es aceptable. Para la dimensión *comportamiento ciudadano*, las dos variables incluidas en el modelo presentan una correlación aceptable, además, el índice de AVE, también se encuentra dentro del rango esperado.

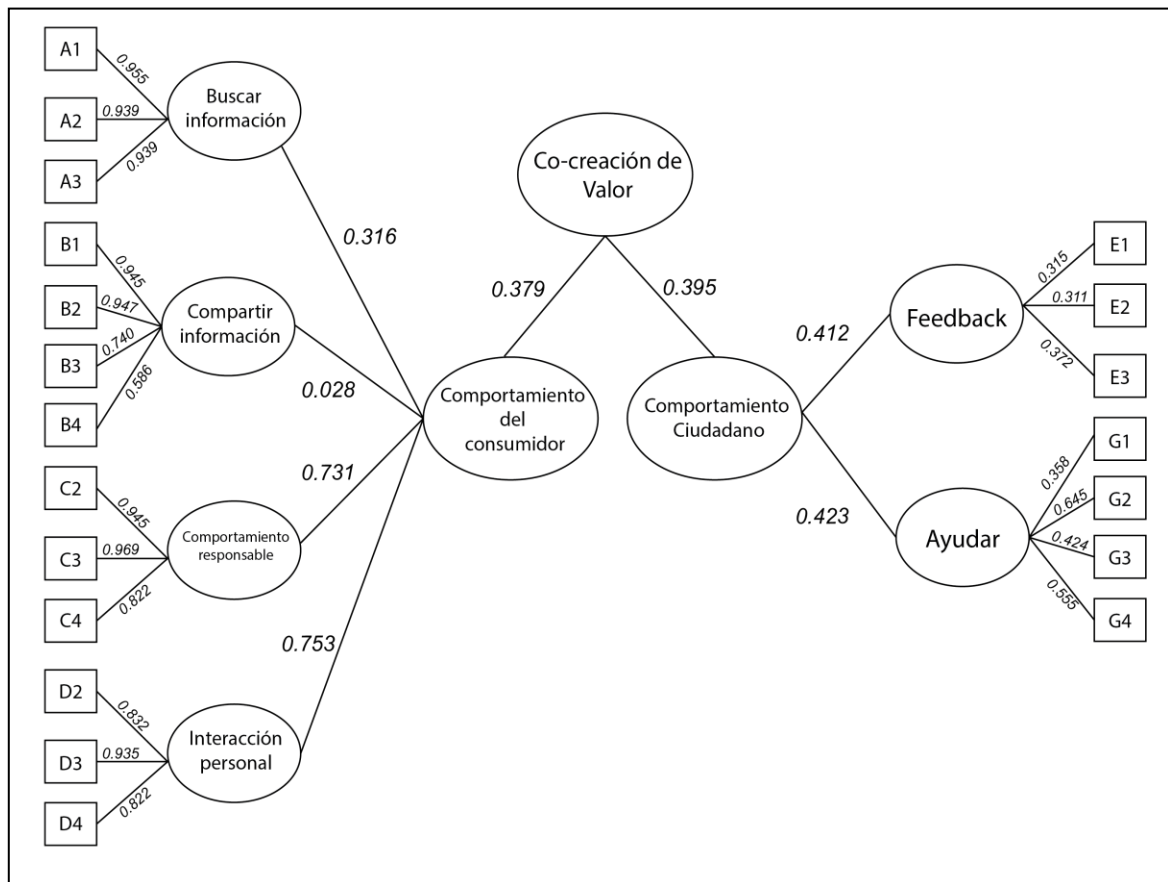
Entendiendo que la Co-creación es un constructo de tercer orden, es decir, está compuesto por constructos que a su vez, dependen de variables latentes que se construyen mediante escalas de medición, es necesario relacionar las dimensiones: *comportamiento del consumidor* y *comportamiento ciudadano*, de acuerdo con los autores Yi y Gong (2013), conforman el concepto Co-creación de valor. Para ello, en la tabla 4, se presentan los valores de correlación y de varianza media extraída para estas dimensiones.

Tabla 4. Validez del constructo Co-creación de Valor.

Dimensión	Constructo	Arga	VE
Co-creación de Valor	Comportamiento del consumidor	.815	.665
	Comportamiento ciudadano	.810	

Puede notarse que las dimensiones que componen a la Co-creación, de acuerdo con Yi y Gong (2013) presenta valores de correlación altos entre ellas, además, el índice de varianza media extraída (0.655), es aceptable. En la figura 15. se presenta el modelo de los resultados obtenidos en el análisis factorial confirmatorio.

Figura 15. Resultado del modelo de Co-creación de valor.



(Fuente: el autor).

8.3.2. Dimensiones de Co-creación de valor en la institución oncológica.

8.4. Medición de la Co-creación de valor.

8.4.1. Calculando la variable Co-creación

Teniendo en cuenta que las dimensiones que componen a la Co-creación, dependen a su vez de otros constructos que son medidos a través de escalas tipo Likert con igual rango de respuestas (1-5), es factible calcular el valor promedio de la Co-creación de valor de acuerdo al público objetivo encuestado. Para ello, se asume el supuesto de que cada una de las dimensiones y constructos de primer, segundo y tercer orden en el modelo, representan un peso similar en cada una de las variables que cuantifican. De este modo, se obtienen los promedios de los promedios de cada constructo, a partir de puntajes basados en análisis factorial, por supuesto, solamente aquellos ítems de medición que presenta valores en el alfa de Cronbach aceptables son incluidos. A continuación, en la tabla 5. se presentan los datos para cada uno de los constructos identificados.

Tabla 5. Promedio de las dimensiones.

Nivel	Variable	Observaciones	Media	Std. Dev
Tercer orden	Búsqueda de información	126	4.43	0.236
Tercer orden	Compartir información	126	4.48	0.592
Tercer orden	Comportamiento responsable	126	4.91	0.264
Tercer orden	Interacción personal	126	4.88	0.317
Tercer orden	Retroalimentación	126	4.55	0.663
Tercer orden	Ayudar	126	4.79	0.440
Segundo Orden	Comportamiento del consumidor	126	4.67	0.204

Segundo Orden	Comportamiento del ciudadano	126	466	0.445
Primer Orden	Co-creación	126	4.67	0.265

De acuerdo a los resultados, puede apreciarse que la orientación hacia la Co-creación por su lado, medida en una escala del 1 al 5, arroja un valor de 4.67, lo que indica que, en términos generales, las personas encuestadas están altamente orientadas a participar en procesos de Co-creación con la clínica objeto de estudio.

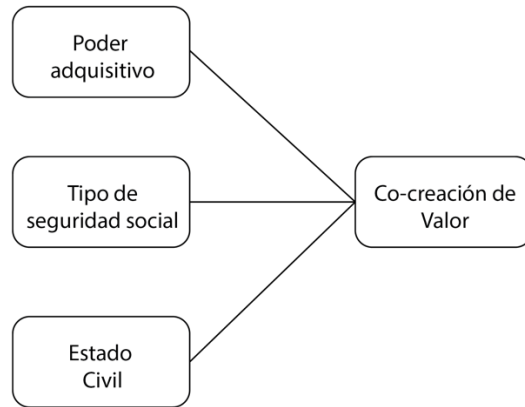
8.4.2. Análisis empírico

El análisis empírico que se presenta en este apartado espera resolver el objetivo general que plantea la relación de las características sociodemográficas del público con la Co-creación de valor.

8.4.3. Modelo de investigación y Formulación de interrogantes

En esta sección, se formulan las preguntas para este proyecto de investigación. De manera general, se espera identificar cómo las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos influyen sobre la Co-creación de valor. En la figura 16. se presenta el modelo propuesto.

Figura 16. Características sociodemográficas influyentes sobre la Co-creación de valor



Entre las variables, estrato socioeconómico, seguridad social y estado civil hay una relación con la creación de valor, en una regresión lineal con más alto puntaje que el resto de las variables sociodemográficas aplicadas en el cuestionario a los pacientes de la institución oncológica de Cali entonces se puede decir lo siguiente que:

La relación entre el poder adquisitivo que en este caso sería evidenciado por el estrato social puede influir sobre la Co- creación de valor, debido a que las personas que tienen un nivel socioeconómico alto pueden acceder a otras instituciones de salud y de esta forma tomar referencia de muchas partes para hacer una evaluación más detallada, mientras que las personas de estrato social bajo que en este caso serían los de nivel uno, pues tiene de alguna forma limitación para acceder a servicios y de esta forma no lograría dimensionar a todo lo que el poder adquisitivo le pudiera ofrecerle.

La seguridad social se divide en la población objeto de estudio con mayor número de respuesta entre el contributivo, subsidiado y plan complementario, con respecto a esto podemos decir que las personas que tienen un plan complementario, pueden tener un mayor poder adquisitivo y al mismo tiempo hacer una valoración más detallada sobre la prestación de servicios, esto no significa que ellos puedan hacer mayor creación de valor por que esperarían que la institución les de los servicios adecuado que les corresponden. En cambio yéndonos al otro extremo que es el nivel subsidiado aunque estos pacientes pueden tener poca experiencia en la prestación de servicios y conocer de forma limitada sus derechos como pacientes, hacen por el contrario más acciones para contribuir a un mejor servicio, porque no hacen juicios anticipados, demostrando mayor asombro al servicio prestado.

El estado civil se correlaciona con la Co-creación de valor, de cierta forma porque son las personas casadas quienes obtuvieron una mayor propósito en los resultados de la investigación las personas que pueden tener una visión amplia ya que tienen que asistir en repetidas ocasiones con sus hijos, esposo, nietos y demás familiares a las instituciones de salud, de esta forma poder ser críticos pero también darle valor a los servicios que prestan cada organización, las siguientes variables fueron solteros, unión libre, divorciados y viudos, que logran crear valor pero en menor proporción.

8.4.4. Codificación de las variables independientes.

Las variables independientes fueron medidas de forma cuantitativas como el estrato social donde iba entre los valores de 1 a 5, en el valle del cauca y otras regiones cernas se mide de esta manera donde el estrato mas bajo es el uno y el mas alto es el cinco, según la infraestructura y el barrio o sector donde se encuentre la vivienda de esta forma será catalogado,

las variables cualitativas son estado civil que dentro del estudio se empleo varias entre las cuales están: soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo, todas estas se midieron por que de alguna forma realizan un impacto dentro del estudio, las siguiente variable es tipo de seguridad social que de acuerdo al ministerio de salud y protección social ha definido que se distribuyan entre: contributivo, subsidiado, vinculado y algunas personas que pueden adquirir un plan complementario de salud.

Tabla 6. Variables independientes.

Variable	Definición	Escala de medición	Posibles valores	Fuente
Estado civil	Atributo de la personalidad que define la situación jurídica de la persona en la familia y en la sociedad.	Categórica nominal.	Soltero (1), casado (2), unión libre (3), divorciado (4), viudo (5).	Paciente
Seguridad social	Afiliación al servicio de salud.	Categórica.	Plan complementario (1), Contributivo (2), Subsidiado (3).	Paciente
Estrato	Escala socioeconómica que clasifica a la población según lugar de residencia.	Categórica.	1, 2, 3, 4, 5, 6.	Paciente

8.4.5. Modelo de regresión múltiple.

De acuerdo con Hair et al. (2010) el objetivo del análisis de regresión múltiple es usar valores conocidos de variables independientes para predecir una determinada variable dependiente. Cada constructo independiente se pondera y dicha ponderación corresponde a su contribución para la predicción conjunta de la variable dependiente.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados a continuación, se presenta el modelo de regresión para comprobar el efecto de las características sociodemográficas del paciente oncológico sobre la Co-creación de valor. De este modo se constituye la ecuación 1:

$$Y = \alpha + \Sigma\beta_1poder + \Sigma\beta_2civil + \Sigma\beta_3ss + \epsilon$$

Donde Y, representa a la variable dependiente Co-creación que fue operacionalizada a través del modelo de Yi y Gong (2013). El Alfa comprende al intercepto. Poder, se refiere a la variable independiente poder adquisitivo, que se operacionalizo en 5 niveles de acuerdo con el estrato socioeconómico del paciente. Civil, representa la variable Estado Civil, la cual puede asumir una de 4 formas: (1) soltero, (2) casado, (3) unión libre, (4) divorciado, (5) viudo. Por último, la variable SS, se refiere al tipo de seguridad social que tiene el paciente, el cual puede asumir una de tres formas: plan complementario (1), contributivo (2) y subsidiado (3). Por ultimo ϵ corresponde al error.

8.4.6. Supuesto de multicolinealidad

En una regresión lineal, la multicolinealidad es una situación que tiene lugar cuando las variables independientes incluidas en el modelo están relacionadas entre sí. Cuando la colinealidad es muy alta se presentan dificultades en la estimación, ya que esto puede hacer inestables los coeficientes de regresión (Goldberger, 1991). Una alta colinealidad puede sugerir que dos variables se encuentren midiendo lo mismo, lo que puede resultar en una redundancia estadística. La multicolinealidad puede medirse a través del Factor de inflación de varianza (VIF), el cual mide la multicolinealidad en un análisis de regresión, proporcionando un indicador. Si el resultado obtenido de aplicar el VIF, supera el valor de 4 o es menor que 0.002, puede concluirse que existen problemas de colinealidad (Hair, Black, Babin y Anderson., 2010). En la tabla 7. se presentan los resultados de calcular el VIF para las variables incluidas en el modelo:

Tabla 7. Supuesto de multicolinealidad

Variable	IF
Estado	.29
Poder adquisitivo	.27
Seguridad social	.25

De acuerdo a los estadísticos obtenidos, todas las variables independientes presentan valores aceptables en el VIF, por lo tanto, no hay problemas de colinealidad perfecta.

8.4.7. Resultados del análisis empírico

De acuerdo con la Tabla 8, el modelo es generalmente significativo ya que el valor F arroja un valor de 4.67 al que corresponde un valor de probabilidad de 0.0258. De acuerdo

con este resultado, el modelo es significativo al 95% de confianza. Por otro lado, el estadístico R-Cuadrado ajustado, muestra que el modelo explica en un 10% la variabilidad de la orientación hacia la Co-creación por parte de los pacientes, lo que indica que existen otras razones que podrían afectar el comportamiento de la Co-creación y no fueron incluidas en el modelo.

La variable poder adquisitivo, que se codificó teniendo en cuenta los estratos socioeconómicos de los pacientes, no arrojó significancia estadística en ninguna de las categorías. Esto quiere decir que no se encontró evidencia de que el estrato socioeconómico del paciente afecte su orientación hacia la Co-creación.

Con relación a la variable Tipo de seguridad social, si hay significancia en las categorías de seguridad social contributiva y subsidiada. Ambas, arrojan significancia del 95% y presentan coeficientes de regresión positivos, por lo tanto, se puede decir que en comparación con las personas que tiene plan complementario, los afiliados a servicios subsidiados y contributivos presentan una mayor orientación hacia la Co-creación de valor, siendo levemente superior en el caso de los pacientes subsidiados.

Para terminar, la variable Estado Civil también se muestra significativa en el modelo aplicado. De acuerdo con los resultados las personas casadas y en unión libre, tienen mayor orientación hacia la Co-creación que las personas solteras con un nivel de confianza del 95%. En contraste y con un nivel de significancia del 90%, las personas divorciadas presentan un coeficiente de regresión negativo, por lo tanto, estas personas tienen menor orientación hacia la Co-creación que la categoría de base (personas solteras).

Tabla. 8. Resultados del análisis empírico

Variable	Categorías	β	Std. error
Poder adquisitivo	Estrato 1 (base)	-	-
	Estrato 2	-0.188	0.153
	Estrato 3	-0.007	0.153
	Estrato 4	-0.007	0.178
	Estrato 5	-0.002	0.208
Tipo de seguridad social	Plan complementario (base)	-	-
	Contributivo	0.535**	0.263
	Subsidiado	0.543**	0.269
Estado Civil	Soltero	-	-
	Casado	0.131**	0.011
	Unión libre	0.132**	0.701
	Divorciado	-0.765*	0.103
	Viudo	0.54	0.099
Intercepto α		0.971***	0.266
Valor F		4.67	
Probabilidad de F		0.0258	
R cuadrado		0.18	
R cuadrado ajustado		0.10	

Conclusiones

La investigación realizada muestra la complejidad que tiene la población conforme a su enfermedad oncológica, esto permitió observar que existen factores que influyen en la calidad de respuesta, debido a la percepción de los productos intangibles que reciben y de la manera en que crean valor dentro de la institución. los autores Darby & Karni (1973) muestran la dificultad de evaluación del consumidor incluso después de la compra y el consumo del servicio, debido a veces a la falta de conocimientos específicos como la principal causa de esta dificultad de evaluación.

Es necesario la participación de los usuarios debido a que los convierte en Co-creadores y Co-productores del servicio, más allá del simple rol de consumidores (Bateson, 1995; Vertinsky & Thompson, 1975; Barnes, 1999). Adicionalmente, la participación del paciente en la toma de decisiones aumenta su percepción de calidad del servicio, especialmente en aquellos servicios con un elevado riesgo percibido (Porter & Teisberg, 2006; Heskett, Sasser & Schlesinger, 1997) e incertidumbre (Peiró S, 2003) como es el de la salud. En este sentido, la participación del paciente puede entenderse también desde un prisma de corresponsabilidad (Murray, Pollock & White, 2007).

Los resultados de la investigación lograron determinar que la población objeto de estudio al responder los cuestionarios, sus respuestas pudieron verse afectadas por la falta de entendimiento, pero en especial por el proceso oncológico por el cual están pasando en su vida, aunque el instrumento se aplicó en una hora determinada por la institución, la cual fue antes de recibir el tratamiento o en el área de consulta externa, estos pacientes por el contexto de su situación actual de salud, tienen entonces un mayor grado de problemas

psicológicos, físicos, sociales , que en este caso estarían influyendo en el momento de percibir la calidad de los servicios o realizar la creación de valor.

Las características de los pacientes encuestados muestran que la mayoría de la población son mujeres, de estado civil casadas, que se encuentran entre 42 y 60 años, provienen del valle del cauca, su ocupación principal depende de su trabajo como empleadas, pertenecen a la seguridad social del contributivo, su estrato socioeconómico es nivel 3, todo esto influye en la forma en la que se percibe el servicio recibido, debido a los conocimiento que tienen con referencia a otras instituciones de salud, esto podría ser una ventaja porque pueden comparar los productos tangibles e intangibles que se les ofrece, pero además esta población es especial ya que llevan más de seis meses en dicha institución lo que los convierte en evaluadores y al mismo tiempo creadores de valor con sus acciones dentro de la organización.

Varios investigadores consideran que la Co-creación de valor es un concepto complejo que consta de varias dimensiones, sin embargo, hay poco acuerdo en cuanto a lo que estas dimensiones son. Randall et al. (2011) Sostienen que la conexión, la confianza y el compromiso son las posibles dimensiones de un concepto de la Co-creación; y Yi y Gong (2013) discuten la perspectiva del cliente en la Co-creación y la consideran como un factor de tercer orden que consiste en dos dimensiones principales, el comportamiento del consumidor y el comportamiento ciudadano, durante la investigación se trabajó entonces con el concepto de Yi y Gong (2013). Randall et al (2011)

Observando la construcción de las dos dimensiones que plantea Yi y Gong (2013), en la población objeto de estudio podemos correlacionar que en la primera dimensión comportamiento del consumidor, donde esta se subdivide en cuatro dimensiones, podemos decir que en cuanto a buscando información la relación con los usuarios oncológicos es que de por si su patología los llena de dudas, lo que permite que la gran mayoría consulte medios digitales y de internet para poder interpretar, además ellos necesitan tener acceso a la información desde su historia clínica, los resultados de sus exámenes, convirtiéndoles en actores activos de su propia enfermedad.

Con respecto a intercambio de información los usuarios dentro del contexto de su progreso de la enfermedad tienen constante interacción con otros usuarios que pueden estar pasando por su misma situación, por esta razón inician a cambiar información desde la más compleja que es entender su tratamiento, hasta la más simple como recomendaciones de terapias alternativas para mejorar su estado de salud, pero no solamente la interacción la realizan con otros pacientes sino también con los empleados de dicha institución buscando una mejor orientación del servicio.

El comportamiento responsable no solamente implica al paciente sino en este caso también a su familia o cuidador primario con el fin de recibir adecuadamente el tratamiento o seguir una guía que ha sido proporcionada por el personal de la institución, para esto el paciente debe conocer de forma clara cuales son los procesos y servicios que presta dicha institución, para así lograr cumplir de manera responsable todas las indicaciones.

Al realzar intercambio de información, comunicación y comprometerse con su situación de salud inicia la interacción con los empleados de la institución, los médicos, personal del área administrativa y otros pacientes, además según las observaciones que se

realizó, se caracteriza esta población por ser unas personas amables, respetuosas que favorece a la creación de valor en la institución, porque pueden dar sugerencias sobre el servicio o las personas que tiene un constante contacto, con el objetivo de mejorar.

Estas primeras cuatro son indispensables para el servicio, mientras que las segundas son complementaria las cuales se analizaron en el contexto de la población objeto de investigación, la primera son la retroalimentación, al observar a los pacientes se puede decir que ellos conocen muy bien los servicios de la institución debido al tiempo y la permanencia o frecuencia con la que la visitan, esto facilita que la información que ellos proporcionen a los empleados facilite las mejoras en cada proceso, de esta forma se puede aprovechar la experiencia que cada usuario tiene sobre la percepción de la institución.

Puede enfocarse este factor que plantean los autores Yi y Gong (2013) sobre la frecuencia con la que recomiendan la institución, pero en esta población aplicaría solo en el caso que las otras personas también tengan diagnóstico de cáncer, aunque los autores proponen que esta dimensión no es necesaria para el éxito de la Co-creación de valor y que solo aporta la notoriedad y reputación de la organización frente a otras.

Durante el proceso de disposición ayudar, los pacientes con cáncer pueden influir de forma positiva o negativa, ya que su esfera emocional se encuentra afectada, aunque muchos de ellos pueden pasar por un estado depresivo por la situación que enfrentan, se nota que en la gran mayoría tiene disposición a buscar información, crear hábitos saludables, recurrir a las terapias alternativas y dependiendo del éxito o el fracaso de esta forma comparten sus experiencias para ayudar al otro.

Cuando los pacientes en la institución están tan compaginados con los servicios que presta la institución pueden llegar a desarrollar la tolerancia, que es la voluntad de mostrar

paciencia cuando algo dentro de la estructura de atención no tiene un fin positivo o hay demora en la prestación del servicio, esta población en especial en su gran mayoría por su estado de salud logran entrar en calma más fácilmente que otro usuario que padeciera de otra enfermedad y se le prestara una diferente atención.

Las principales aportaciones que tiene esta investigación fue la medición de la Co-creación en los pacientes oncológicos, esto mide fácilmente el grado de participación activa de los clientes en la entrega y prestación de servicios. Esta propuesta constituye una mirada desde la gestión de los servicios novedosa en la investigación de marketing, El instrumento aplicado a la muestra de 126 pacientes, mostro una escala de fiabilidad, además se estimó la validez del constructo que sugiere la correlación entre ítems de diferentes constructos los cuales tenían que estar altamente correlaciones, lo que se pudo observar es que algunos ítems de medición de ciertos constructos no obtuvieron valores de correlación suficientemente altos para ser incluidos dentro del modelo de Co-creación de valor estos fueron las siguientes preguntas: C1. Realiza todas las actividades que la clínica le ordena; D1. Fue usted amigable con el personal de salud de esta Clinica; D4. Fue cortes con el personal de salud de esta Clinica, esto pudo deberse a la falta de comprensión de los pacientes en la pregunta o las limitaciones que tuvimos en el horario que debíamos intervenir a los pacientes el cual fue justo antes de ingresar a la preparación del tratamiento.

En la segunda dimensión que se tuvieron que eliminar los factores recomendaciones y tolerancia debido a los valores bajos en los alfa de Cronbach y en el estadístico de Dijkstra-Henseler, no influyeron en el resultado final porque el conjunto de los factores que son 4 no afecta el uno del otro debido a que no conllevan a una correlación, en esta misma dimensión se encontró unos resultados positivos con los factores retroalimentación y

ayudando, cada uno compuesta por tres preguntas que hablan sobre las ideas útiles que tienen con respecto al servicio, los comentarios positivos que manifiestan a los empleados de dicha institución, las situaciones tensionantes que pudieron resolver con facilidad, así mismo la ayuda y enseñanza que hacen con otros usuarios durante la prestación del servicio.

Al final entendiendo que la Co-creación es un constructo de tercer orden compuesto por las dos dimensiones las cuales son comportamiento ciudadano y comportamiento del consumidor se logró obtener que la Co-creación de valor en esta población arroja un valor de 4,67 en una escala de 1 al 5, que en términos general es un buen resultado que nos orienta que los pacientes están en constante creación de valor dentro de la institución con todas las actividades que realizan. Los hallazgos también sugieren que la escala de conducta de Co-creación de valor puede ayudar al área administrativa para observar la población y utilizarla en una segmentación de mercados de esta forma se lograría maximizar el valor del cliente e incluir al mismo usuario a dar respuesta o ideas innovadoras para mejorar los servicios dentro de la organización.

Recomendaciones

Para un crecimiento en las instituciones de salud es necesario que su enfoque sea en el marketing social, observando muy bien a su población para hacer segmentación, de esta forma se puede impactar de forma positiva, aunque pocas investigaciones se hacen de marketing en el sector de la salud, puede ser este un impulso para que se empiece hacer, debido a que existen puntos álgidos como la creación de valor que terminan realizando los pacientes sin que la institución se dé cuenta, además muchas de las políticas de calidad están abarcando las necesidades de los usuarios pero no le dan un enfoque más estratégico.

En la institución donde se realizó la investigación se puede decir que tiene una política de calidad y que sus actividades están encaminadas a la satisfacción, pero si se realizara una investigación más profunda se lograría tener al usuario como Co-productor, además de incluirlo en los objetivos donde creen valor y sean ellos quienes respondan a las necesidades que tienen, acompañados siempre del personal de salud.

Para investigaciones futuras se puede escoger una institución de salud pero con una población que no tenga un impacto psicológico tan importante, debido a que eso pudiera sesgar las respuestas que den sobre algún proceso que se quiera investigar.

La Co-creación de valor hace un aporte científico a las líneas de investigación del marketing, pero este tema debe ser mejor investigado y desarrollado, ya que se puede cruzar con temas alternos como la calidad, la satisfacción del usuario y la innovación, de esta forma lograríamos resultados transformadores que nos permita avanzar en las ciencias de la administración.

Aunque la escala de Co-creación ha sido validada y tiene fiabilidad, es necesario que se aplique más constantemente en Colombia, como se mencionó en el trabajo de grado existen pocas investigaciones y estas están mostrando otros sectores de servicios, pero es necesario impactar en los servicios de salud, porque es ahí donde se lograría cambiar el pensamiento de las personas y crear satisfacción en el paciente lograría mejorar su estado de salud.

Todas las personas siempre estamos en una constante búsqueda de conocer y aprender pero también de compartir todo el conocimiento que tenemos, entonces cuando creamos valor estamos siendo partícipes de lo que menciona la teoría, solo hace falta que las instituciones de salud se interesen por el tema.

Anexo N.º 1.

Encuesta

CUESTIONARIO CO- CREACION DE VALOR									
Código:									
Fecha de ingreso: mes/año		Procedencia		Escolaridad		Estrato			
Edad:	Genero:	1. Valle del cauca						1	
Etnia		otro			1. Primaria		2		
1. Afrodescendiente		¿Cuál?			2. Bachillerato		3		
2. Mestizo					3. Técnico/Tecnólogo		4		
3. Blanco					4. Universitario		5		
Estado civil		Ocupación		5. Postgrado			6		
				Seguridad Social		Religión			
1. Soltero		1. Empleado				1. Plan complementario		1. Católico	
2. Casado		2. Independiente		2. Contributivo				2. Cristiano	
3. Unión libre		Otro		3. Subsidiado			3. Evangélico		
4. Divorciado		¿Cuál?		4. Vinculado			4. Otro		
5. Viudo							¿Cuál?		
CONTESTE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO POR FAVOR DE FORMA COMPLETA									
Marque con una X donde el valor 1 es muy en desacuerdo y 5 es muy de acuerdo									
1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo									

PREGUNTAS		1	2	3	4	5
a. Buscando información.	1. ¿He pedido información a otras personas sobre los servicios que ofrece esta clínica?					
	2. ¿He buscado información sobre dónde se encuentra esta clínica?					
	3. ¿He prestado atención a cómo se comportan los demás para usar bien este servicio?					
b. El intercambio de información.	1. Expliqué claramente lo que quería que hiciera el personal de salud de esta clínica.					
	2. ¿Le di información adecuada al personal de salud?					
	3. ¿He proporcionado la información necesaria para que el personal de salud pueda desempeñar sus funciones?					
	4. ¿Respondí a todas las preguntas relacionadas con el servicio al personal de salud?					
c. Comportamiento responsable.	1. ¿Realiza todas las actividades que la clínica le ordena?					
	2. ¿Completa adecuadamente todas las responsabilidades y recomendaciones esperadas?					
	3. ¿Cumple con las responsabilidades de la Clínica?					
	4. ¿Sigue las directrices y ordenes que le da el personal de salud de la Clínica?					
d. Interacción personal.	1. ¿Fue usted amigable con el personal de salud de esta Clínica?					
	2. Su comportamiento ¿fue amable con el personal de salud de esta Clínica.?					

	3. ¿Fue educado con el Persona de salud de esta Clínica?					
	4. ¿Fue cortes con el personal de salud de esta Clínica?					
	5. ¿No actué de manera grosera con el personal de salud de esta Clínica?					
e. Retroalimentación	1. Si usted tiene una idea útil sobre cómo mejorar el servicio ¿se lo comunicó al personal de salud de esta Clínica?					
	2. ¿Cuándo recibió un buen servicio del personal de salud comento al respecto?					
	3. ¿Cuándo experimento un problema le informo al personal de salud de esta clínica respecto a su situación?					
f. Recomendación	1. ¿Ha dicho cosas positivas sobre el servicio y el personal de salud de esta clínica con otras personas?					
	2. ¿Recomienda a la clínica y a sus empleados con otras personas?					
	3. ¿Usted ha animado a sus amigos y familiares a usar los servicios de esta clínica?					
g. Ayudando	1. ¿Ayudó a otros pacientes si necesitan de su colaboración?					
	2. ¿Ayudó a otros pacientes cuando parecían tener problemas?					
	3. ¿Enseñó a otros pacientes a utilizar los servicios que presta la clínica correctamente?					
	4. ¿Dio consejos a otros pacientes?					
h. Tolerancia	1. Si el servicio no se entrega como se esperaba, ¿usted estaría dispuesto a conformarse y ser tolerante?					
	2. Si el trabajador comete un error durante la prestación de los servicios ¿usted estaría dispuesto a ser paciente?					

	3. Si usted tiene que esperar más tiempo del que normalmente espera para recibir la atención, ¿estaría dispuesto a adaptarse a dicha situación?					
--	---	--	--	--	--	--

Referencias

- Agudelo, H. (2006). *Encuesta poblacional de salud condiciones de vida y demanda en salud municipio de envigado*. Recuperado de http://guajiros.udea.edu.co/demografiasalud/Pagina_Web_EPS/problemas_salud.html
- Arredondo, A. y Recaman, A. (2002). Oferta vs. Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. *Hitos de Ciencias Económico-Administrativas*, 20, 42-47.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53 (5), 941-973.
- Ballantyne, D. y Varey, R. (2006). Creating Value-in-Use Through Marketing Interaction: The Exchange Logic of Relating, Communicating and Knowing. *Marketing Theory*, 6 (3), 335-48.
- Ballantyne, D. y Varey, R. (2008). The Service-Dominant Logic and the future of marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, (36), 11-14.
- Barnes M. (1999). Users as citizens: collective action and the local governance of welfare. *Social Policy & Administration*, 33 (1), 73-90.
- Bateson J. (1995). *Management Services Marketing*. The Dryden Press: Harcourt Brace College Publishers.
- Berry, L. y Bendapudi, N. (2007). Health Care, a fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10 (2), 111-22.

- Berthon, P. and John, J. (2006). From Entities to Interfaces: Delineating Value in Customer–Firm Interactions. En R. F. Lusch y S. L. Vargo (eds). *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions* (pp. 196–207). Armonk: M.E. Sharpe.
- Bertram, D. (2008). Likert Scales... are the meaning of life. *Topic report*. Recuperado de <http://poincare.matf.bg.ac.rs/~kristina/topic-dane-likert.pdf>
- Bitner, M., Booms, B. y Tetreault, M. (1990). The Service Encounter: Diagnosing Favourable and Unfavourable Incidents. *Journal of Marketing*, 54 (1), 71–84.
- Bove, L., Pervan, S., Beatty, S. y Shiu, E. (2008). Service worker role in encouraging customer organizational citizenship behaviors. *Journal of Business Research*, 62, 698-705.
- Calero-Gimeno, R., y Gallarza-Granizo, M. (2015). Aplicabilidad del Service-Dominant Logic al ámbito sanitario: caracterizando el servicio para la co-creación de valor. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14 (29) 120.
- Cardona, J., Hernández, A. y Yepes, F. (2005). La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: ¿avances reales? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (9), 81-99.
- Castaño, R. (2005). Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (8), 79-90.
- Clark, H. (1996). *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Civera M. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido* (tesis doctoral). Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España.

- Costa, G. (2009). Posicionamiento de los servicios de salud en la mente del consumidor. *Revista Portuguesa de Marketing*, (21), 33-42.
- Cossío-Silva, F., Vega-Vázquez, M., y Revilla-Camacho, M. (2016). La percepción del cliente sobre la co-creación de valor. Adecuación de la escala de Yi y Gong al contexto español. *Esic Market Economics and Business Journal*, 47 (1), 25-40.
- Cobra, M. (2000). *Marketing de servicios*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Corella, J. (1998). *Introducción a la Gestión del Marketing en los Servicios de Salud. Monografía N.ª 1: salud pública y administración sanitaria*. Navarra, España: Gobierno de Navarra, departamento de salud.
- Darby, M. y Karni E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law and Economics*, 16 (1), 67-88.
- Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart*, 44 (4), 166-202.
- Donabedian A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring*. Chicago, Estados Unidos: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la Atención médica. Ediciones científicas*. México: La Prensa Mexicana.
- Errasti F. (1997). *Principios de gestión sanitaria*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Fornell, C., y Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18 (1), 39-50.
- Frith, C. y Frith, U. (2008). Implicit and Explicit Processes in Social Cognition. *Neuron Perspective*, 60 (3), 503–10.

- Gabbott M, y Hogg G. (1998). *Consumers and services*. Hoboken, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Gaminde, I. (2008). La participación de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 23 (3), 93-94.
- Garbarino, E. y Johnson, M. (1999). The Different Roles of Satisfaction, Trust, and Commitment in Customer Relationships. *Journal of Marketing*, 63 (2), 70–87.
- García, R., Torres, S., Olaya, É., Díaz, H., Díaz, B., y Castro, H. (2009). Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia. *Cuadernos de Administración*, 22 (39).
- Gilligan, C. y Lowe, R. (1995). *Marketing and health care organizations*. Nueva York, Estados Unidos: Radcliffe Medical Press.
- Goldberger, A. (1991). *A course in Economics*. Cambridge, Estados Unidos; Harvard University Press.
- Granda, E. (julio de 2003). *¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy?* VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva, Brasilia, Brasil.
- Grande, I. (2002). *Marketing de los Servicios Sociales*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Grandey, A., Dickter, D., y Sin, H. (2004). The Customer Is Not Always Right: Customer Aggression and Emotion Regulation of Service Employees. *Journal of Organization Behavior*, 25 (3), 397–418.
- Grönroos C. (1994). *Marketing y gestión de servicios*. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos.
- Grönroos, C. (1997). Value-Driven Relational Marketing: From Products to Resources and Competencies. *Journal of Marketing Management*, 13 (5), 407–19.

- Grönroos, C. (2012). Conceptualizing Value Co-creation: A Journey to the 1970s and Back to the Future. *Journal of Marketing Management*, 28 (13-14),1520–34.
- Grönroos, C. y Ravald, A. (2011). Service as Business Logic: Implications for Value Creation and Marketing. *Journal of Service Management*, 22 (1), 5–22.
- Grönroos, C. y Voima, P. (2013). Critical Service Logic: Making Sense of Value Creation and Co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41 (2), 133–50.
- Groth, M. (2005). Customers as good soldiers: Examining citizenship behaviors in internet service deliveries. *Journal of Management*, 31, 7-27.
- Gummerson, E. (2008). *Total Relationship Marketing*. Oxford, Inglaterra: Butterworth-Heinemann.
- Gustafsson, A., Kristensson, P. y Witell, L. (2012). Customer Co-Creation in Service Innovation: A Matter of Communication. *Journal of Service Management*, 23 (3), 311–27.
- Gwinner, K., Bitner, M., y Brown, S., y Kumar, A. (2005). Service Customization Through Employee Adaptiveness. *Journal of Service Research*, 8 (2), 131–48.
- Hafer, C. (1987). Developing and operationalizing a product/service classification system for health care providers. *Journal of Health Care Marketing*, 7 (3), 25-36.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., y Anderson, R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. Harlow, Inglaterra: Pearson Education.
- Henseler, J. (2016). New developments in PLS path modeling. *Industrial Management & Data Systems*, 116 (9), 1842-1848. doi:10.1108/IMDS-09-2016-0366.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

- Heskett, J., Sasser, W., Schlesinger, L. (1997). *The service profit chain*. Nueva York, Estados Unidos: The Free Press.
- Homburg, C., Wieseke, J. y Bornermann, T. (2009). Implementing the Marketing Concept at the Employee–Customer Interface: The Role of Customer need Knowledge. *Journal of Marketing*, 73 (4), 64–81.
- Holbrook, M. (2006). Consumption Experience: Customer Value, and Subjective Personal Introspection: An Illustrative Photographic Essay. *Journal of Business Research*, 59 (6), 714–25.
- Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”. (2010). *Calidad de la atención en salud; percepción de los usuarios*. Cali, Colombia: Hospital Universitario del Valle.
- Karpen, I. O, Bove, L.L. and Lukas, B.A. (2012). Linking Service-Dominant Logic and Strategic Business Practice: A Conceptual Model of a Service-Dominant Orientation. *Journal of Service Research*, 15 (1), 21–38.
- Kaplan, R., y Babad, Y. (2011). Balancing influence between actors in healthcare decision making. *Bmc Health Services Research*, (11), 1-14.
- Keaveney, S.M. (1995). Customer Switching Behaviour in Service Industries: An Exploratory Study. *Journal of Marketing*, 59 (2), 71–82.
- Kerr, M. y Trantow, D. (1969). Defining, measuring and assessing the quality of health services. *Public Health Reports*, 84 (5), 415- 424.
- Koss, E. (1954) *The health of regionville*. New York: Columbia University Press.
- Knoblich, G., Butterfill, S. y Sebanz, N. (2011). Psychological Research on Joint Action: Theory and Data. *Psychology of Learning and Motivation*, (54), 59–101.

- Lamata F, Conde J, Martínez B, y Horno M. (1994). *Marketing sanitario*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Lievrouw, L. y Finn, T.A. (1990). Identifying the Common Dimensions of Communication: The Communication Systems Model. En: B. Ruben a y L. Lievrouw (eds) *Mediation, Information and Communication: Information and Behaviour*, Vol. 3, (pp. 37–65). Nueva Jersey, Estados Unidos: Transaction.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 140, 5-55.
- Lin. B, y Umoh D. (2002). E-healthcare: a vehicle of change. *American Business Review*, 20 (2), 27-32.
- Lovelock, C. (1983). Classifying services to gain strategic marketing insights. *Journal of Marketing*, (47): 9-20.
- Lovelock, C. (1996). *Services Marketing*. Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall International Editions.
- Mac Stravic, R. (1986). Product-line administration hospitals. *Health Care Marketing Review*, (11), 35-43.
- Madhavaram, S. y Hunt, S. (2008). The Service-Dominant Logic and a Hierarchy of Operant Resources: Developing Masterful Operant Resources and Implications for Marketing Strategy. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (1), 67–82.
- Martínez, F. (2003). *Mercadeo en Salud*. Bogotá, Colombia: Ediciones Fundación Universidad Central, Facultad de Mercadología.
- Martínez-García, J., y Martínez-Caro, L. (2009). La validez discriminante como criterio de evaluación de escalas: ¿teoría o estadística? *Universitas Psychologica*, 8 (1), 27-36.

- Martínez, M., Avalo, O. y Quintero, C. (2001). Calidad de los Servicios de Enfermería: ¿Utopía o Realidad? *Revista Desarrollo científico en enfermería*, 9 (3), 68-75.
- Matamala, M., Berlagosky, F., Salazar, G. y Núñez, L. (1995). *Calidad de la Atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Santiago de Chile: Reproducciones América.
- McColl-Kennedy, J., Vargo, S., Dagger, T., Sweeney, J., y Kasteren, Y. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, 15 (4), 370-389.
- Medina, P. (2011). El carácter estratégico de la proyección externa de la marca hospitalaria: el caso de Mayo Clinic. *Universidad y Salud*, 13 (1), 79-86.
- Menéndez, A. (1990). *Saber e ideología médica. Consejo para las culturas y las artes*. México: Alianza Editorial.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2006). *Decreto 1011 del 3 de abril del 2006. Por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social de Colombia
- Mira, J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., y Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17 (5), 273-83.
- Mochon, D., Norton, M. y Ariely, D. (2012). Bolstering and Restoring Feelings of Competence via the IKEA Effect. *International Journal of Research in Marketing*, 29 (4), 363–9.

- Molina-López M. (2008). Caja Castilla La Mancha: vinculando tecnologías e innovación sanitarias. En *Las claves de la sanidad futura: investigación y gestión* (pp. 116-20.), España: Ed. Funcas.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Recuperado de <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+++Gu%C3%ADa,1001,C3>.
- Montejano, S., Villordo, X. y López, Gabriela. (2012). Calidad en el servicio del Instituto Mexicano del Seguro. *TEACs Revista Científica*, (9), 109-120.
- Moreno, B., y Calderón, H. (2017). Comportamiento del consumidor en la co-creación de valor y su relación con la satisfacción en el entorno universitario: una aplicación a la Universidad de Ibagué (Colombia). *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 25 (1), 203.
- Morgan, R. y Hunt, S. (1994). The Commitment–Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58 (3), 20–38.
- Mukherjee A, McGinnis J. (2007). E-healthcare: an analysis of key themes in research. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 1 (4), 349-363.
- Múnera HA. (2011). La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. *Invest Educ. Enferm.*, 29 (1), 76 – 86.
- Murray, E., Pollock, L. White, M. y Lo, B. (2007). Clinical decision-making: patients preferences and experiences. *Patient Education Counselling*, (65), 189-96.
- Neghina, C., Caniëls, M., Bloemer, J., & van Birgelen, M. (2015). Value cocreation in service interactions: Dimensions and antecedents. *Marketing Theory*, 15 (2), 221-242.

- Nelson P. (1970). Information and consumer behavior. *The Journal of Political Economy*, 78, 311-29.
- Nonaka, I. (2000). A dynamic theory of organizational knowledge creation. EN D. Smith (ed.) *Knowledge, groupware and the internet* (pp. 3-42). Oxford, Inglaterra: Butterworth Heinemann.
- Normann, R. y Ramirez, R. (1993). Designing interactive strategy. *Harvard Business Review*, 71 (4), 65-77.
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction: a behavioural perspective on the consumer*. Singapur: McGraw-Hill.
- OPS-OMS. (2007). *Memorias de la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana, 59° Sesión del Comité Regional*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Otálora, M. y Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la Literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración. Bogotá (Colombia)*, 20 (34), 237-258.
- Ortún, V. (2008). Incentivos a los médicos, vía mejora de los servicios sanitarios. *Panorama Social*, (7), 67-76.
- Palmer, A. (2005). *Principles of Services Marketing*. Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Peiró, S. (2003). Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. *Semergen*, 29 (6), 285-289.
- Pérez, F. (2008). *Marketing en tecnología sanitaria*. Madrid, España: Esic Ediciones
- Pérez, L. (2004). *Marketing social*. México: Pearson Prentice Hall.

- Porter, M., Teisberg E. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Porter, M., y Kramer, M. (2011). La creación de valor compartido. *Harvard Business Review*, 89 (1), 32-49.
- Radi Z., y Bolívar, A. (2007). Creación de valor de las empresas colombianas durante el periodo 2000-2005. *Pensamiento & Gestión*, (22), 28-84.
- Randall, W., Gravier, J. y Prybutok, V. (2011). *Connection, Trust, and Commitment: Dimensions of Co-creation*. *Journal of Strategic Marketing*, 19 (1), 3–24.
- Ramirez, R. (1999). Value Co-Production: Intellectual Origins and Implications for Practice and Research. *Strategic Management Journal*, 20 (1), 49–65.
- Rothschild, M. (1999). Carrots, sticks, and promises: A Conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *Journal of Marketing*, 63 (4), 24-37.
- Rosenstock, I. (2005). Why people use health services? *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 1-32.
- Sanguino, R., y Arroyo, A. (junio 1999). *Marketing hospitalario: El estado de la cuestión* (pp. 393-398), 2. XIII Congreso Nacional y IX Congreso Hispano-Francés de la gestión de la diversidad. Logroño, España.
- Sawyer SH. (2011). Market segmentation, digital campaigns and implications for the strategic marketer. En C. Boyer, D. Dunlop, D. Stevens, J. Stremcha, y D. Teach (Eds.). *The thought leaders project: hospital marketing* (pp. 47-56). Minneapolis, Estados Unidos: Bierbaum Publishing.
- Sebanz, N., Bekkering, H. y Knoblich, G. (2006). Joint Action: Bodies and Minds Moving Together. *Trends in Cognitive Science*, 10 (2), 70–6.

- Sheth, J. y Sharma A. (2008). The impact of the product to service shift in industrial markets and the evolution of the sales organization. *Industrial Marketing Management*, (37), 260-9.
- Sweeney, J., Danaher, T. y McColl-Kennedy, J. (2015). Customer effort in value cocreation activities: improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18 (3), 318-335.
- Tanenbaum, S. (2008). Consumer Perspectives on Information and Other Inputs to Decision-Making: Implications for Evidence-Based Practice. *Community Mental Health Journal*, (44), 331-5.
- Torrey, T. (2011). Patients: Fears and engagement. En C. Boyer, D. Dunlop, D. Stevens, J. Stremcha, y D. Teach (Eds.). *The thought leaders project: hospital marketing* (pp. 166-171). Minneapolis, Estados Unidos: Bierbaum Publishing.
- Tronvoll, B., Brown, S. y Gremler, D. (2011). Paradigms in Service Research. *Journal of Service Management*, 22 (5), 560–85.
- Uhl, K. y Upah G. (1979). *The marketing of services: why and how is it different?* Illinois: University of Illinois, Working Paper.
- Vargo, S. y Lusch, R. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68 (1), 1-17.
- Vargo, S., y Lusch R. (2008). Service-Dominant Logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (1), 1-10.
- Vassallo, C., Sellanes, M. y Freylejer, V. (2003). *Apunte De Economía De La Salud*. [Paper]. Recuperado de http://www.hospitalelcruce.org/hecrep/pdf/12economia_salud.pdf

- Vertinsky, I., Thompson, W. y Uyeno, D. (1974). Measuring consumer desire for participation in clinical decision making. *Health Services Research*, 9 (2), 121-134.
- Villar, F. (1998). La Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud: ¿hacia la desregulación de la Sanidad Pública? *Derecho y Salud*, 6 (2), 74-91.
- Westbrook, R. (1981). Sources of Consumer Satisfaction with Retail Outlets. *Journal of Retailing*, 57 (3), 68–85.
- Whitney, R. (1964). *Nuevas técnicas de marketing en USA*. París: Congreso de Especialistas en Marketing.
- Wikström, S. (1996). Value Creation by Company–Consumer Interaction. *Journal of Marketing Management*, 12 (5), 359–374.
- Williams, J. y Aitken, R. (2012). The Service-Dominant Logic of Marketing and Marketing Ethics. *Journal of Business Ethics*, 102 (3), 439–454.
- Yi, Y. y Gong, T. (2013). Customer Value Co-Creation Behaviour: Scale Development and Validation. *Journal of Business Research*, 66 (9), 1279–1284.
- Zeithaml, V. y Bitner M. y Gremler, D. (2013). *Services marketing. Integrating customer focus across the firm*. Nueva York, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Zhang, L., Tong, H., Demirel, H., Duffy, V., Yih, Y., y Bidassie, B. (2015). A practical model of value co-creation in healthcare service. *Procedia Manufacturing*, 3, 200-207.
- Ziady, N. (2011). *Social media and the succession of search social media optimization*. En C. Boyer, D. Dunlop, D. Stevens, J. Stremcha, y D. Teach (Eds.). *The thought leaders project: hospital marketing* (pp. 57-58). Minneapolis: Bierbaum Publishing.

Zurbriggen, C. y González, M. (2015). Co-creando valor público. Desafíos pendientes para América Latina. *Revista iberoamericana de ciencia tecnología y sociedad*, 10 (30), 143-171.